

As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade 3

**Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
(Organizadores)**



Atena
Editora

Ano 2019

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonaly Rocha
Maria Vitória Laurindo
(Organizadores)

As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade 3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Natália Sandrini e Lorena Prestes

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 As ciências biológicas e da saúde na contemporaneidade 3 [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha, Maria Vitória Laurindo. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-217-3

DOI 10.22533/at.ed.173192803

1. Ciências biológicas. 2. Biologia – Pesquisa – Brasil. 3. Saúde – Brasil. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Laurindo, Maria Vitória. IV. Série.

CDD 574

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

APRESENTAÇÃO

A obra “As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade” consiste de uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 22 capítulos do volume III, apresenta os impactos dos transtornos psíquicos sobre a população e a importância das abordagens psicossociais para o enfrentamento dos mais variados tipos de distúrbios psicológicos.

O mundo contemporâneo vive uma mudança no paradigma social e existencial, marcado por esgotamento emocional, mental e físico, preocupação demasiada, excesso de trabalho e de responsabilidades sociais, entre outros. Todos esses fatores podem desencadear situações de estresse crônico e este está diretamente ligado ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

A Política Nacional de Saúde Mental abrange uma série de estratégias e diretrizes que se destinam a dar assistência a pacientes e familiares com necessidades relacionadas a transtornos mentais como ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas. O acolhimento de pacientes acometidos por algum desses distúrbios é a porta de entrada para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas. O resultado dessas atividades visam à reabilitação psicossocial do paciente, que pode ser compreendida como um conjunto de ações que buscam o fortalecimento, a inclusão e o exercício de direitos de cidadania de pacientes e familiares.

Assim, colaborando com essas ações transformadoras no âmbito da Saúde Mental, este volume III é dedicado aos pesquisadores, psicólogos, assistentes sociais, professores, demais profissionais e estudantes de áreas afins, explanando artigos que abordam sobre: os variados tipos de tratamento para pacientes usuários de drogas de abuso, inovações no aprendizado no campo da saúde mental, novas estratégias utilizadas por profissionais para ajudar no tratamento de distúrbios psiquiátricos, fragilidades percebidas no âmbito da saúde mental, detalhamento sobre a atual situação de transtornos psiquiátricos, como a depressão.

Por fim, aspiramos que este livro possa ajudar na prática dos atuais e futuros profissionais que trabalham com saúde mental, apresentando-lhes novos conceitos, estratégias e informações que podem nortear e ainda aprimorar o exercício de sua profissão junto à população.

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A BUSCA DE TRATAMENTO PARA O USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: MOTIVAÇÕES E EXPECTATIVAS	
Mara Cristina Ribeiro Rebeca Rodrigues Gomes Jéssica Bazilio Chaves Janinne Santos de Melo Manoel Juvenal da Costa Neto Plúvia Cristalina de Góis e Melo Aida Felisbela Leite Lessa Araújo Aleska Dias Vanderlei	
DOI 10.22533/at.ed.1731928031	
CAPÍTULO 2	15
A ELABORAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM CAPSI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Mayverson Vicente Alves Wanderlei Barbosa dos Santos Jeferson Caetano da Silva Lucianna Costa de Almeida Barbosa Maria Cícera dos Santos de Albuquerque	
DOI 10.22533/at.ed.1731928032	
CAPÍTULO 3	24
A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DOS LEITOS INTEGRAIS COMO O NOVO E A QUEBRA DE PROTOCOLOS DE TRATAMENTO	
Vivian Letícia Rudnick Ueta Maria Eduarda Calado Macêdo Amanda França Cruz Ximenes Marcus Túlio Caldas	
DOI 10.22533/at.ed.1731928033	
CAPÍTULO 4	36
A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES EM DESINTOXICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE LEITOS INTEGRAIS	
Amanda França Cruz Ximenes Maria Eduarda Calado Macêdo Vivian Letícia Rudnick Ueta Marcus Túlio Caldas	
DOI 10.22533/at.ed.1731928034	
CAPÍTULO 5	45
A INFLUÊNCIA DA MÚSICA PERSONALIZADA SOBRE PORTADORES DE DEMÊNCIA RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA	
Wilson Andrade Carvalho Junior Daiana Ferreira Malaquias Leksander Lohn Macedo André Junqueira Xavier	
DOI 10.22533/at.ed.1731928035	

CAPÍTULO 6	50
A INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR A CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO	
Mayverson Vicente Alves	
Aline Costa Cardoso	
Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento	
Andréa Rose de Albuquerque Sarmiento Omena	
DOI 10.22533/at.ed.1731928036	
CAPÍTULO 7	58
A PSICOLOGIA E A ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES PARA A INOVAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	
Edilane Nunes Régis Bezerra	
Alessandra Patrícia de Araújo Dantas	
DOI 10.22533/at.ed.1731928037	
CAPÍTULO 8	69
A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATENÇÃO HOSPITALAR À MULHER GESTANTE E PUÉRPERA CONSUMIDORA DE SUBSTANCIA PSICOATIVA	
Lara Emanuelli Neiva de Sousa	
Gisele Martins do Nascimento	
Lúcia Cristina dos Santos Rosa	
DOI 10.22533/at.ed.1731928038	
CAPÍTULO 9	84
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE MORTES POR SUICÍDIO EM RIO VERDE E REGIÃO DE 2012 A 2016	
Fernanda Borges Cavalet	
Beatriz Santana Borges	
Allyson Cândido de Abreu	
Amarildo Canevaroli Júnior	
Cláudio Silva Teixeira	
DOI 10.22533/at.ed.1731928039	
CAPÍTULO 10	90
ASSISTIR E INCLUIR: PRÁTICAS E DESAFIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
Daiane Leite de Almeida	
Ana Lídia Soares Cota	
Ronaldo Gomes Alvim	
Thalita da Silva Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.17319280310	
CAPÍTULO 11	108
BASES GENÉTICAS E EPIGENÉTICAS DA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Romes Bittencourt Nogueira de Sousa	
Isadora Alves da Silva	
Nádia Aparecida Bergano	
Ana Cristina Silva Rebelo	
DOI 10.22533/at.ed.17319280311	

CAPÍTULO 12	115
DISPARIDADE DE CONCEPÇÕES DE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: REFLEXOS E IMPLICAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS, MODELOS E INSTITUIÇÕES PRESENTES NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO	
Aislan José de Oliveira Luiz Roberto Marquezi Ferro Manuel Morgado Rezende	
DOI 10.22533/at.ed.17319280312	
CAPÍTULO 13	127
ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA EM PACIENTES COM PARKINSON: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Isabela Vicente de Farias Batista	
DOI 10.22533/at.ed.17319280313	
CAPÍTULO 14	136
A IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES	
Giselda Pereira Moraes Claudineia Pedroso Fernandes	
DOI 10.22533/at.ed.17319280314	
CAPÍTULO 15	138
O ENVELHECER NA CONTEMPORANEIDADE: AS ATIVIDADES EM GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E DA CONSTRUÇÃO SOCIAL	
Alessandra Patrícia de Araújo Dantas Edilane Nunes Régis Bezerra	
DOI 10.22533/at.ed.17319280315	
CAPÍTULO 16	150
O GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
Mara Cristina Ribeiro Jéssica Bazilio Chaves Rebeca Rodrigues Gomes Ewerton Cardoso Matias Janinne Santos de Melo Manoel Juvenal da Costa Neto Sérgio Francisco dos Santos Júnior Kristiana Cerqueira Mousinho	
DOI 10.22533/at.ed.17319280316	
CAPÍTULO 17	158
O RESGATE DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO PIAUÍ	
Adriana Araújo Costa Camelo de Carvalho Lara Emanuelli Neiva de Sousa Clotildes Gomes de Oliveira Gisela Maria de Brito Agatha Zuleica Knitter Barros Alan Araújo Costa	
DOI 10.22533/at.ed.17319280317	

CAPÍTULO 18	165
OFICINAS TERAPÊUTICAS INTERDISCIPLINARES EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA NECESSIDADE À APLICAÇÃO	
Sara Silva de Brito	
Eliana Borges Silva Pereira	
Júlia de Melo Silva	
Lorranie Suzan Soares Resende	
Carolina Pio Gomes Faria	
Tamara de Cássia Neves Pereira Baracho	
Lucas Martins Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.17319280318	
CAPÍTULO 19	174
PLANTÃO PSICOLÓGICO: AÇÃO ARENDTIANA E PRÁTICA CLÍNICA	
Rafaela dos Santos Silva Souza	
Simone Dalla Barba Walckoff	
DOI 10.22533/at.ed.17319280319	
CAPÍTULO 20	190
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	
Edirlei Machado Dos-Santos	
Renan da Cunha Soares Júnior	
Adriana Luiz Sartoreto Mafra	
Gislaine Machado dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.17319280320	
CAPÍTULO 21	203
PROJETO DE EXTENSÃO CAPACITÁ-SAÚDE MENTAL	
Carmen Silva Alves	
Glaucia Thais Justiniano	
Nattália Luciarina de Sousa Leite Matildes	
DOI 10.22533/at.ed.17319280321	
CAPÍTULO 22	214
SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES MASCULINAS: CONTRIBUIÇÕES PARA À SAÚDE DO HOMEM NA CONTEMPORANEIDADE	
Edilane Nunes Régis Bezerra	
DOI 10.22533/at.ed.17319280322	
SOBRE OS ORGANIZADORES	229

A BUSCA DE TRATAMENTO PARA O USO ABUSIVO E DEPENDÊNCIA DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: MOTIVAÇÕES E EXPECTATIVAS

Mara Cristina Ribeiro

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Rebeca Rodrigues Gomes

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

Jéssica Bazilio Chaves

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

Janinne Santos de Melo

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Manoel Juvenal da Costa Neto

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Plúvia Cristalina de Góis e Melo

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Aida Felisbela Leite Lessa Araújo

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Aleska Dias Vanderlei

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

RESUMO: O artigo relata pesquisa desenvolvida com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas que objetivou conhecer sob que circunstâncias ocorre a procura do tratamento e quais as motivações e expectativas que envolvem este processo. A investigação de abordagem qualitativa utilizou formulário semiestruturado na realização de dez entrevistadas. Os resultados indicaram uma forte influência da família na motivação, tanto na busca quanto na adesão ao tratamento. A saúde fragilizada, violência vivida em seu cotidiano e o desejo de mudança também foram outras circunstâncias apontadas como motivação para a busca do tratamento. As expectativas mencionadas estão relacionadas ao desejo em abandonar o consumo de drogas e à (re)construção de vínculos com a família e o trabalho. Conclui-se que as circunstâncias, motivações e expectativas evidenciadas, e que envolvem a busca e permanência neste serviço, solicitam portas abertas, compromisso com a adesão e protagonismo do usuário no cuidado; investimentos em sua autonomia, autoestima e no resgate de seus papéis dentro da família, trabalho e comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental, Usuários de Drogas, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Alcoolismo, Reabilitação.

ABSTRACT: The article reports research developed in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs aimed to know under what circumstances the demand for treatment and the motivations and expectations that involve this process occur. Qualitative research used a semi-structured form in ten interviewees. The results indicated a strong family influence on motivation, both in search and adherence to treatment. Fragile health, violence experienced in their daily lives and the desire for change were also other circumstances indicated as motivation for the search for treatment. The expectations mentioned are related to the desire to abandon drug use and to (re) build relationships with family and work. It is concluded that the circumstances, motivations and expectations evidenced, and that involve the search and permanence in this service, request open doors, commitment to the user's participation and protagonism in care; investments in their autonomy, self-esteem and the recovery of their roles within the family, work and community.

KEYWORDS: Mental Health Services, Drug Users, Substance-Related Disorders Alcoholism, Rehabilitation.

1 | INTRODUÇÃO

Na atualidade verifica-se grande preocupação com o crescimento do uso prejudicial de drogas e os problemas causados pela dependência química, tal situação tem sido compreendida como um problema multifatorial e que deve ser analisado considerando as transformações econômicas, sociais e culturais caracterizadas pela fragilização dos laços sociais e de trabalho, em especial nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2003).

Diante dessa realidade, o tratamento para as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas requer políticas de saúde que valorizem essa amplitude.

Para tanto, o Sistema Único de Saúde propõe a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integrada, articulada e efetiva, composta por diversos pontos de atenção. Esta rede considera as especificidades loco-regionais e prioriza os serviços com base comunitária orientados pela lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas. Assim, define como principais componentes da assistência: a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Estratégica, a Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, as Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

No campo da Atenção Psicossocial Estratégica encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços que, em conjunto com as ações de atenção básica, são responsáveis pela ordenação do cuidado em Rede.

Os CAPS emergem como serviços que visam o atendimento de pessoas com

transtorno mental severo e persistente ou com história de uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas. Nessa perspectiva, trabalham sob a luz da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial, na lógica da territorialidade. Neles, o cuidado é oferecido de forma integral e intensiva, na intenção de dar respostas às necessidades apresentadas pelos usuários em suas vidas cotidianas (RIBEIRO, 2013)

Para atingir tais objetivos, os CAPS devem desenvolver trabalhos que priorizem os espaços coletivos e que se articulem com a rede de atenção à saúde bem como com as demais redes (BRASIL, 2011).

Na área específica da atenção e cuidado às pessoas com uso abusivo ou dependência de álcool ou outras drogas foram criados os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), que devem ofertar atendimentos capazes de responder às particularidades de cada sujeito, dos familiares e da comunidade em seu entorno, trabalhando na lógica de Redução de Danos (RD) e sendo apoiados por outras práticas de atenção comunitária.

Nos últimos anos têm-se intensificado a implantação dos CAPSad III, destinados a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Estes funcionam nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Destinam-se a trabalhar de portas abertas, com plantões diurnos e noturnos de acolhimento.

A busca e a adesão ao tratamento nesses serviços têm, cada vez mais, se mostrado um grande desafio, pois envolvem fatores objetivos e subjetivos. Tal processo inclui questões inerentes ao sujeito, sua percepção sobre a questão do uso e suas relações com a equipe que o assiste, seu grau de envolvimento e participação na elaboração e decisão do projeto terapêutico, bem como a garantia da oferta e qualificação da assistência prestada e o apoio recebido dentro e fora do CAPS.

Tendo como pano de fundo essa realidade, o estudo aqui apresentado objetivou conhecer sob quais circunstâncias ocorre a procura ao serviço CAPSad e quais as motivações e expectativas envolvidas neste processo são capazes de contribuir para a adesão ao tratamento ofertado.

Adotamos, nesta pesquisa, o termo “adesão” significando a decisão daqueles que procuram um tratamento de saúde em segui-lo, envolvendo uma relação entre usuários, profissionais e serviço.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada em 4 de setembro de 2013. nº CAAE 16225613.0.0000.5011.

2 | METODOLOGIA

Para o desenvolvimento dessa investigação, que utilizou a abordagem qualitativa como metodologia, foram realizadas inicialmente análises bibliográficas e documentais,

após isso foram desenvolvidas entrevistas semiestruturada para a produção de dados, alinhada por questões norteadoras que tiveram como objetivo conhecer os entrevistados e possibilitar que estes pudessem descrever quais circunstâncias motivaram a busca ao tratamento e impulsionam a sua adesão.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2013 em um CAPSad III de Maceió, capital do estado de Alagoas.

Foram entrevistados individualmente dez usuários (pessoas vinculadas ao serviço que recebem algum tipo de tratamento) que tinham iniciado o tratamento no serviço há menos de um mês. A opção por investigar usuários com o período de início do tratamento igual ou menor que um mês justifica-se pelo fato de compreendermos que as circunstâncias que levaram à busca do tratamento ainda estão presentes de forma vívida, assim como as expectativas e motivações para a adesão deste devem estar sendo formadas nesse momento.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas integralmente para a composição de sua análise.

Os resultados obtidos foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido compostos na comunicação, considerando presença e frequências temáticas significativas para o objeto analisado (MINAYO, 2010). Como procedimento metodológico para a análise, seguiu-se a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Desta forma, foram identificadas as ideias centrais, realizando-se a interpretação dos sentidos de tais ideias e, a partir daí, o agrupamento das mesmas em categorias empíricas classificadas por temas mais abrangentes em torno dos quais desenvolveu-se as análises e aprofundamento dos temas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação ao perfil dos entrevistados, todos foram do sexo masculino, as idades variaram entre 18 a 47 anos e a metade referenciou viver em situação de rua. O desemprego apareceu como condição de vida para a grande maioria bem como o histórico de internação em comunidades terapêuticas.

De acordo com dados da instituição, a maior parte dos usuários atendidos refere que as principais drogas que utilizam são, nessa ordem, álcool, crack e maconha.

A Tabela 1 apresenta as informações sobre idade, estado civil, se possuem filhos ou não e a escolaridade.

A Tabela 2 apresenta as informações sobre a condição de moradia e trabalho, se já estiveram internados em hospitais psiquiátricos (HP) ou em comunidades terapêuticas (CT) e o tempo que estão em tratamento no CAPS em que o estudo foi realizado.

Entrevista	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Com filhos
1	M	21	8ª série	Casado	Sim
2	M	29	4ª série	Solteiro	Sim
3	M	28	3ª série	Solteiro	Sim
4	M	47	2º grau incompleto	Solteiro	Sim
5	M	27	4ª série	Separado	Sim
6	M	29	7ª série	Solteiro	Não
7	M	27	5ª série	Solteiro	Não
8	M	36	Fundamental completo	Solteiro	Sim
9	M	22	8ª série	Solteiro	Não
10	M	18	4ª série	Separado	Não

TABELA 1: Perfil dos entrevistados.

Fonte: Dados da Pesquisa

Entrevista	Moradia	Trabalho	Internação em HP	Internação em CT	Tempo no CAPS (dias)
1	Em casa, com a família	Desempregado	Não	Sim	30
2	Situação de rua	Desempregado	Não	Sim	28
3	Situação de rua	Marceneiro, desempregado	Não	Sim	28
4	Situação de rua	Desempregado	Não	Sim	3
5	Situação de rua	Desempregado	Sim	Sim	5
6	Em casa, com a avó	Desempregado	Não	Sim	24
7	Em casa, com a mãe	Desempregado	Não	Sim	8
8	Em casa, com a mãe	Funcionário Público	Sim	Não	30
9	Em casa, com a irmã	Padeiro, desempregado	Não	Sim	30
10	Situação de rua	Desempregado	Não	Sim	25

TABELA 2: Condições de moradia, trabalho e tratamento dos entrevistados.

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados produzidos por meio das entrevistas foram organizados para a análise em categorias temáticas, definidas a priori, para o alcance dos objetivos da investigação. Foram elas:

- 1) Motivações para a busca do tratamento;
- 2) Motivações para a permanência no tratamento;
- 3) Expectativas em relação ao tratamento.

3.1 Motivações para a busca do cuidado

A família foi evidenciada como forte influência na tomada de decisão pela busca do tratamento: o isolamento do usuário, associado ao conflito gerado por outras

mudanças comportamentais diante dos familiares e o desejo de recuperar ou fortalecer os laços familiares podem ser apontados como grandes motivadores:

[...] porque eu queria estar na minha casa, e minha mãe não queria eu dentro de casa daquele jeito, [...] ter tudo isso que eu estou tendo de volta foi o que contribuiu pra eu querer vir me tratar no CAPS. (U1)

Porque eu não aguentava mais sofrer. Chorando, sem amigo [...], devido não poder ver minhas filhas, [...] agora estou na rua, ficou mais difícil o acesso [...]. quis vir também porque já tinha perdido meu casamento, tinha me isolado das amizades, me afastei do meu emprego. E aí minha mãe, minha vó me incentivaram a vir para cá.. (U2).

As falas indicaram que os vínculos familiares foram rompidos ou prejudicados em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, os entrevistados mostram que, mesmo desgastadas em consequência do processo de dependência e às recorrentes recaídas, suas famílias permaneceram como principal apoio e incentivo para a busca da reabilitação.

A procura pelo CAPS, nesse sentido, aparece como uma forma de resgate das relações, ao mesmo tempo em que se configura como uma resposta do sujeito às expectativas e estímulo dos familiares. Esse fato indica que os serviços devem priorizar como ação a melhoria das relações familiares quando possível, pois estas exercem papel fundamental no sucesso da adesão ao tratamento.

Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004) observaram em seu estudo que durante a implementação de um programa para dependentes químicos, a rede familiar era a única com a qual os sujeitos realmente contavam, apesar do desgaste das relações.

No entanto, Souza, Kantorski e Mielke (2006) afirmam que, mesmo os vínculos que se mantêm são permeados por ambiguidades e estresse, em função desse desgaste relacional e do descrédito resultado das recaídas. Isso nos faz inferir que muitas vezes é preciso que o cuidado se estenda aos familiares, pois estes estão também adoecidos em função da deterioração dos laços imposta pelo uso contínuo do álcool e/ou de outras drogas.

O envolvimento com o tráfico, as vivências de violência, o risco de morte e as ocorrências policiais também serviram para a decisão pela busca por proteção e desejo de mudanças.

[...] eu tinha um irmão que era usuário, mataram ele na minha frente [...]. eu fiquei com medo também de morrer. Eu quis sair dessa vida. [...] eu já cheguei no fundo do poço. E tentaram me matar três vezes e não conseguiram. (U1)

Usar droga, ter bronca com os “vagabundos”, com os traficantes, roubar a droga deles. E agora tem muitos querendo me pegar. Assim não dava mais. (U3)

[...] Na verdade o pessoal do tráfico não faz medo, não... Nenhum. É mais a polícia mesmo. (U5)

As consequências deste cenário multifacetado, polarizado entre o cuidado e a violência concretiza-se da seguinte forma: sujeitos afastados de seu convívio familiar,

vítimas do desamparo, dormindo em albergues ou nas ruas e demonizados em consequência do uso de drogas. Os participantes do estudo expressaram o medo de sofrer violência não apenas de traficantes e policiais, como o de serem punidos pela Lei, o que contribuiu para o desenvolvimento de uma consciência crítica e o reconhecimento sobre a necessidade de mudança, motivando-os pela busca do cuidado.

Na prática profissional tem sido comum ouvir relatos, frequentemente desesperados, de sujeitos ou de seus familiares sobre as ameaças de morte decorrentes de dívidas não pagas. Muitos fogem, mudam-se para a casa de parentes, outros procuram o serviço como refúgio (CRUZ, 1996; MORAES, 2008).

A busca por cuidados médicos e a necessidade de encaminhamentos para outros serviços de saúde também foram apontados como fatores relevantes para a motivação da busca do tratamento no CAPSad.

*Eu tenho problema de saúde e é também por isso que eu estou aqui [...] não é só por causa do álcool e do meu filho. Eu já **estou com três médicos marcados.** (U4)*

Eu vim porque estava usando muita droga. Cheguei a ponto de desmaiar, de tanto usar droga, sem comer, sem me cuidar... Foi quando vi que precisava de ajuda... Aí eu vim só, procurei, procurei e achei.(U5)

A partir dos relatos, observa-se o potencial dos CAPSad no que se refere à oferta de atenção à saúde e sua articulação com a rede de serviços, prevista pela Política Nacional de Saúde Mental. Os entrevistados relatam que chegaram ao CAPSad bastante fragilizados, foram acolhidos, avaliados pelo psiquiatra, medicados e, alguns, permaneceram no acolhimento noturno. Quando preciso, foram encaminhados a outros serviços de atenção para a realização de exames de saúde, demonstrando, desta forma, estarem cientes de que esses serviços e encaminhamentos seriam, de fato, encontrados. Estes fatores são influenciadores na motivação para a busca do tratamento.

Ao se referirem às consequências negativas do uso abusivo e dinâmica compulsiva de uso, os participantes mostram a percepção de que as necessidades de cuidados partem de uma lógica de Redução de Danos.

Começava a fumar de dia, passava a noite toda, quando acordava no outro dia, parecia que tinha levado uma surra. [...] eu fumo um baseado, porque bate muita vontade de fumar crack e para não usar, eu fico só na maconha, porque se der a primeira paulada numa pedra, você não para mais, é o dia todo correndo atrás, arriscado a roubar, fazer o que você não quer, nem pode, só pra fumar (U2).

A representação do uso de drogas na sociedade modifica-se com o tempo e contexto. Os significados são transitórios e o uso das substâncias suscitam discussões sobre a sua legalidade. A intolerância em relação ao uso tem colaborado para que os usuários carreguem em seu cotidiano as marcas do impune, do fora da lei e do dependente químico que precisa ser curado. As situações de violência, seja no âmbito do território existencial, sejam a partir das instituições que representam o Estado,

nos remetem à Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015), que preconiza a implementação de ações de cuidado que favoreçam a autonomia e a independência dos sujeitos, por meio de práticas humanizadas e ampliadas.

Partindo-se das premissas do cuidado humanizado e de que a busca por cuidado adequado, a partir das necessidades de cada usuário, também são fatores que determinam a motivação para estar no serviço, a RD se coloca enquanto uma estratégia que visa minimizar os agravos referentes às várias situações que envolvem o uso de substâncias psicoativas.

A percepção e conscientização sobre seu estado de saúde e questões de cunho social, e a possível relação desses fatores com o uso abusivo de álcool e outras drogas, podem servir para impulsionar a vontade do usuário pelo tratamento:

Eu vim por conta própria, porque me sinto fraco, porque a dependência química não é fácil. (U3)

Ninguém me obrigou. Minha mãe me ajudou, veio comigo... Eu tenho minhas filhas, minha mãe já é idosa, e eu preciso de uma vida social... Também tive muito prejuízo financeiro. (U7)

Na análise das entrevistas percebe-se que as motivações citadas para a busca do tratamento surgem no cotidiano e contexto de vida, porém, é possível inferir que estas resultam na percepção da necessidade de mudança e construção de projetos de vida, gerando nos sujeitos a motivação interna e mobilização pessoal para a busca e adesão ao tratamento.

3.2 Motivação para continuar no tratamento

Vários fatores foram relatados pelos entrevistados como motivadores da continuidade do tratamento. A referência mais importante foi, mais uma vez, atribuída à família. Destacou-se o incentivo e retorno da confiança da figura materna e o desejo de reaproximação de outros familiares, com enfoque principal nos filhos.

Só o que me motiva a continuar é minha mãe. O apoio que ela me deu, mesmo com tudo que eu já fiz para ela, ela nunca me deixou por aí me acabando na droga, e porque eu quero agora reconquistar a confiança dela. (U6)

O motivo são minhas filhas. Na verdade, elas são o motivo de eu estar vivo hoje, de estar vivo agora, porque se não fosse elas, eu nem estava nessa situação. É bem provável que eu já estivesse morto. (U5)

A partir dos depoimentos dos participantes, é possível inferir que a família não só exerce papel fundamental para a tomada de decisão pelo tratamento, como também é apontada como fator relevante que motiva a sua continuidade.

A importância da participação da família no tratamento tem sido citada em diversos estudos (SOUZA, KANTORSKI, MIELKE, 2006; PECHANSKY et al, 2004), fortalecendo a ideia de que as relações familiares, mesmo que desgastadas, devem estar no foco do cuidado, por significarem um dos primeiros passos no resgate das redes sociais perdidas. Xavier (2015) destaca que dependendo do vínculo estabelecido

entre a pessoa com dependência química e seus familiares, a participação da família no processo de reabilitação pode ser facilitadora ou complicadora.

Outro fator relevante para a motivação dos sujeitos a continuarem no tratamento, foi a diversificação das ofertas de atenção oferecida no CAPSad.

[...] Estou tirando meus documentos, estão me ajudando, já tirei minha identidade, me levaram na Defensoria Pública, pegaram a papelada, tiraram identidade... (U3)

Eu gosto muito de conversar. Você já deve ter percebido... E, eu só estou aqui há poucos dias, mas tem uns profissionais aqui muito bons, e eu converso, tem me feito muito bem. (U4)

Eu participo sempre dos grupos, inclusive eu estou bem focado no teatro, estou adorando. Isso tem me incentivado bastante aqui, tenho aprendido muito a melhorar minha expressão, minha forma de falar, e é uma coisa que para alguns é besteira, mas para mim, é fundamental. (U5)

As entrevistas permitem observar que o CAPSad é reconhecido como catalizador de diversas necessidades que transcendem o tratamento clínico. Souza, Kantorski e Mielke (2006) afirmam que, em contrapartida aos vínculos rompidos ou fragilizados dos sujeitos, o CAPSad se coloca como o principal serviço de saúde capaz de favorecer o fortalecimento e ampliação das redes sócio relacionais.

O atendimento em grupo vem se consolidando como uma modalidade de cuidado eficaz nos Caps para os usuários de crack, álcool e outras substâncias psicoativas, sendo de grande importância a inserção dos sujeitos num espaço capaz de promover respostas às demandas de cuidados ocorridas no contexto grupal (DUARTE, 2016).

As entrevistas demonstraram, também, a determinação dos sujeitos frente aos desafios ainda enfrentados, sendo, então, um reforço para a motivação.

As dificuldades que estou passando, tenho que colocar na cabeça que é só mais um obstáculo e que eu tenho que passar por cima... (U2)

Eu já sofri demais, e não aguento mais, e ainda estou sofrendo, mas agora estou me erguendo cada vez mais, através de todos aqui que estão me ajudando. (U3)

Ferreira (2007) afirma que o fato do sujeito ter, em consequências do uso da droga, prejuízos em várias esferas da vida está diretamente relacionado à maior motivação para o tratamento. Os resultados do estudo realizado por Souza et al (2013) mostraram uma correlação positiva em usuários de crack, com dependência química mais grave, apontando que a vivência de prejuízos mais intensos, tanto em aspectos psicobiológicos, quanto nos aspectos interpessoais e sociais despertou os indivíduos para uma maior motivação para a mudança.

Também foram citados pelos participantes outros fatores relevantes capazes de influenciarem na continuidade do tratamento, são eles: a disponibilidade para o enfrentamento dos obstáculos e a valorização dos pequenos ganhos.

3.3 Expectativas em relação ao tratamento

Os entrevistados indicaram seu envolvimento em novos projetos de vida, planos que consideraram concretos como: abandono definitivo da droga ou desejo de se manterem no tratamento e continuarem usando a droga de maneira mais responsável; o retorno aos estudos, ao trabalho; planos de se tornarem aptos a controlarem as finanças.

A maioria apontou o desejo de sair das ruas ou dos albergues e de ser capaz de sustentar a própria casa; (re)construir seus vínculos familiares, e engajar-se na reabilitação de outros sujeitos.

Observou-se nos relatos as expectativas relacionadas ao tratamento, o desejo de mudanças e viabilização de projetos palpáveis condicionados a novas atitudes e abandono do uso da droga.

Eu espero muita coisa, sabe? Que tenho que acreditar que vou conseguir, que vou ficar bom, saudável. Eu quero ter minha família, mas antes disso, quero mudar de atitude nas minhas ações. Porque eu já fiz muita coisa errada, já roubei muito por causa de droga, já fiz minha mãe sofrer demais (...) Agora eu quero mudar pra valer. Pra poder conquistar o que eu quero me amar mais, ter força de vontade para poder parar. (U6)

Nesta perspectiva, Rigotto e Gomes (2002), afirmam que é na ruptura, na conscientização do fracasso, no confronto entre o que se quer e o que não se quer, que emerge a compreensão do possível, do planejamento viável. *A determinação por mudança é, na verdade, a junção entre a consciência do problema e o desejo de mudança - não é possível iniciar um projeto de mudança, sem que seja atendida essa condição.*

A intenção dos sujeitos de voltarem aos seus empregos, o anseio de capacitarem-se para conseguirem novos empregos, além da expectativa de retomarem os estudos, destacam-se como caminhos para a independência e autonomia.

Eu trabalhava com marcenaria... Mas eu queria me capacitar em outra coisa. Se eu tivesse uma chance, eu queria muito voltar a estudar e concluir os estudos, que eu estudei só até a quarta série. (U8)

Um homem precisa de trabalho digno, e eu quero poder também voltar a trabalhar, que eu já trabalhei muito de servente, e tenho um emprego lá, quero ficar bom para voltar. (U9)

A retomada dos estudos e a oportunidade de fazerem cursos de capacitação foram consideradas importantes para conseguir trabalho e conquistar autonomia. A reabilitação e possibilidade de se manterem em novos empregos foram apontadas como grandes expectativas de vida dos sujeitos.

Alves, Ribeiro e Castro (2011), ao descreverem as dificuldades encontradas no contexto de reabilitação e reinserção no mercado de trabalho, salientam que o tratamento precisa ser voltado não só para a cessação do consumo de substâncias, mas também para os déficits cognitivos e sociais do sujeito, comprometidos pelo uso

abusivo de substâncias.

Além disso, é preciso considerar que o desemprego e as dificuldades enfrentadas são, também, consequências do estigma que carregam, dificultando a oportunidade de uma vaga de trabalho ou até mesmo a permanência num emprego.

Alguns fatores identificados tais como o uso compulsivo de drogas – reconhecido pelos usuários como o maior causador do enfraquecimento dos laços com os familiares e com o trabalho –, além da falta de capacitação para o trabalho e baixa escolaridade, nos remetem às proposições que Castel (1994) define sobre os processos de vulnerabilidade e desfiliação social. Os participantes da pesquisa mostram que se localizam na **zona de vulnerabilidade**, que se caracteriza pela ausência de trabalho, mas com a presença – mesmo que fragilizada – dos apoios relacionais ou, inversamente, a presença de trabalho e ausência ou fragilidade na rede sócio relacional. Tal situação dinâmica pode levar o sujeito para a **zona de desfiliação**, caso a ruptura dos vínculos com o mercado de trabalho e com as redes sócio relacionais se vejam concomitantemente perdidas.

A **Figura 1** apresenta as zonas de variação da coesão social proposta por Castel (1994). Nessa perspectiva as ações de reabilitação devem estar focadas na construção de vínculos para possibilitar a saída da zona de desfiliação, na qual, como pudemos verificar, alguns já se encontram, e fortalecimento dos vínculos já existentes para que a zona de vulnerabilidade seja uma passagem desse processo, pois entende-se que essas zonas são dinâmicas, ou seja, suas fronteiras são móveis, operando-se passagens incessantes de uma à outra.



FIGURA 1: Zonas de variação da coesão social

Fonte: Castel, 1994.

As entrevistas demonstraram o desejo dos participantes em deixar este contexto

de fragilidade por meio da re(inserção) no mercado de trabalho e (re)construção dos laços familiares:

Eu quero arrumar dinheiro para comprar minha casa, sair da rua... para ter minhas filhas, uma família. (U2)

Eu preciso parar de beber, para trabalhar, ter um canto, para sair do albergue e ajudar meu filho... Eu penso em ter minha casa, não para mim mesmo, mas para ele, futuramente. (U4)

Quero arrumar dinheiro para ter um quartinho para onde ir dormir, para não ficar na rua... Porque na rua é perigoso. (U5)

Mendes e Fillipehorr (2014) refere que a dependência de álcool e outras drogas leva à fragilidade nos laços familiares e sociais e à dificuldade em manter atividades laborais, tendo como consequência sujeitos que lidam com condições precárias de vida e acabam recorrendo às ruas como única opção de sobrevivência e de moradia.

Os conteúdos das falas que emergiram do estudo demonstram a esperança dos entrevistados de que a partir do momento em que estiverem inseridos no mercado de trabalho, terão como prioridade o plano de sair das ruas ou albergues e, consideram também, essa estratégia como um veículo para (re)construção de vínculos familiares e distanciamento da situação de vulnerabilidade nas ruas.

Os entrevistados expressaram grandes expectativas relacionadas à (re) construção dos vínculos familiares.

Eu espero que mude tudo. Porque o ser humano sem família não é nada. [...] E a verdade é essa: a intenção de juntar minhas filhas. E a verdade é porque estou ficando velho. Não sou mais menino, não, um garoto, não. Quero cuidar das minhas filhas como um homem. (U2)

É uma coisa que eu pretendo muito, construir uma família, ter minha esposa, meus filhos. Porque eu até tive um filho, mas a mulher não quis a avó não quis que eu registrasse. (U3)

Outro desejo apresentado pelos entrevistados foi o de, depois de reabilitados, envolverem-se na reabilitação de outros sujeitos:

Sempre, quando estou na rua, e vejo usuário de droga, eu chego lá, converso, falo do CAPSad, faço convite para ele também vir se recuperar [...] A minha vida está uma maravilha aqui, e eu pretendo ficar até o fim, e cada vez trazendo mais irmão pra se recuperar aqui comigo. (U1)

Sei que a melhor ajuda a um dependente químico, não importa que a pessoa seja estudada, a melhor ajuda é um dependente recuperado. Ele pode, porque ele passou por tudo. Porque nós passamos tudo à mesma coisa, só perda, só destruição. [...] eu vou ajudar o próximo, colegas meus que estão nessa vida... Tem vários, mesmo. (U3)

Jorge e Brêda (2011) abordam a possibilidade de ex-usuários e usuários de álcool e outras drogas trabalharem com a estratégia da Redução de Danos, por meio de sua inserção em equipes do Consultório na Rua, tornando-os, então, agentes redutores de danos, capazes de contribuir para o fortalecimento desta forma de cuidado.

Observou-se que os participantes acreditam na possibilidade do tratamento promover mudanças significativas em suas vidas, mas, todas elas foram associadas ao primeiro plano: o abandono do uso abusivo de substâncias, levando em consideração o desejo do abandono total da droga. É preciso destacar, porém, que aqueles que já vivenciaram a experiência de tratamentos voltados para a abstinência total, consideram esta abordagem ineficaz e acreditam em uma reabilitação que possa se desenvolver de maneira gradativa.

4 | CONCLUSÃO

Considerando que os discursos dos entrevistados apontam para a importância da participação da família, tanto no processo de busca e continuidade do tratamento, quanto em seus projetos de vida; e que as atividades propostas no CAPSad, principalmente os grupos terapêuticos, teatrais e esportivos têm exercido papel fundamental para o estímulo desses usuários a continuarem no processo de reabilitação, percebemos a necessidade de ampliação e articulação das estratégias de atuação deste serviço nesses campos, a fim de inserir as famílias no processo de atenção à saúde dos usuários, de maneira que estas também recebam o cuidado e percebam que são essenciais para que os sujeitos se mantenham motivados e comprometidos com o tratamento.

Deve-se considerar que a própria condição de vulnerabilidade percebida nos discursos dos entrevistados pode agir como grande fator de risco para recaídas e interrupções no tratamento. Desta forma, tanto a participação da família quanto a ampliação e o aprimoramento de atividades terapêuticas e de reinserção oferecidas poderão fortalecer este usuário em seu processo de reabilitação.

Diante da grande expectativa dos usuários de (re)construírem vínculos com o trabalho e de serem reinseridos na sociedade, é importante que as ações do CAPSad envolvam a comunidade, promovendo esclarecimentos, desmistificações e quebra de paradigmas, e que sejam propostas ações, de maneira integrada e interdisciplinar, que proporcionem aos sujeitos sua reinserção social por meio de descobertas e aprimoramento de habilidades, capacidade de resolução de problemas, experimentação e exercício de cidadania, bem como resgate da autonomia, autoestima e de seus papéis dentro da família e da comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, H.N.P; RIBEIRO, M.; CASTRO D.S. Cocaína e crack. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da

Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. [Acesso em: 07 fev 2014]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização PNH. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CASTEL, R. Da Indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. **Saúde Loucura 4**. São Paulo: Hucitec; 1994.

CRUZ, M.S. **Abstinência de cocaína: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento.** Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; 1996.

DUARTE, M. DE L.; VIANA, K.; OLSCHOWSKY, A. Atenção a pessoas dependentes de crack em um centro de atenção psicossocial. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 165-172, 22 dez. 2016.

FERREIRA, A.M.C. **Gravidade de dependência e motivação para tratamento.** (monografia) Instituto Superior da Maia, Portugal, Nov. 2007. [Acesso em 07 fev 2014] Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>.

JORGE, J.S; BRÊDA, M.Z. Consultório de rua: novo espaço, novo dispositivo, inovadora forma de cuidado. In: Soares MH, Bueno SMV, organizadores. **Saúde Mental: novas perspectivas**. São Paulo:Yendis; 2011. p. 77-86

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v.13, n.1,p.121-33. jan.-fev.2008.

MENDES, C.R.P.; FILLIPEHORR, J. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPSad. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 6, n. 1, p. 90-97, jun. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X201400100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 nov. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12ª edição; São Paulo: Hucitec; 2010.

PECHANASKY, F; SZOBOT, C.M; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev Bras Psiquiat**, v. 26, n.1, p.14-7.2004.

RIBEIRO, MC. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 24, n.3, p.174-82. 2013.

RIGOTTO, S.D; GOMES, W.B. Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília , v. 18, n. 1, p. 95-106, abr. 2002 .

SOUZA J, KANTORSKI LP, MIELKE FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 2, n. 1, fev. 2006 .

SOUZA, P. F. et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para a mudança. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 1, p. 259-268, jun. 2013 .

XAVIER, M.F.; RODRIGUES, P.H.J.; SILVA, M.C.R. A percepção da família no tratamento e suporte de dependentes químicos. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 17, n. 26, p. 99-110, 2015.

A ELABORAÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM CAPSI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mayverson Vicente Alves

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Recife - Pernambuco

Wanderlei Barbosa dos Santos

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Maceió – Alagoas

Jeferson Caetano da Silva

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió – Alagoas

Lucianna Costa de Almeida Barbosa

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Maceió – Alagoas

Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR). Maceió - Alagoas

RESUMO: O Centro de Atenção Psicossocial Infantil atende crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves, persistentes e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular por

acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas para uma criança atendida neste serviço em Maceió, Alagoas. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de Enfermagem na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular durante atividades práticas supervisionadas. Na perspectiva de atendimento individualizado, o mesmo foi elaborado para uma criança com diagnósticos psiquiátricos de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno Desafiador Opositor, após o acompanhamento durante a realização de uma oficina, anamnese e análise dos prontuários. Foram levantadas necessidades dentre as quais: Relação interpessoal prejudicada; Não conseguir prestar atenção nas aulas. Em seguida o caso foi discutido pelos acadêmicos, docente e profissionais do serviço. O Projeto Terapêutico Singular foi elaborado considerando o contexto de vida apresentado pela criança. A coleta dos dados ocorreu durante a anamnese e consulta ao prontuário. O momento vivenciado durante a anamnese envolveu o processo de escuta, identificação das necessidades e orientações pertinentes aos pais e a criança, sendo realizados diagnósticos, intervenções e resultados esperados. Assim, essa experiência contribuiu positivamente e grandiosamente para a formação pessoal e profissional dos acadêmicos, além de transformar as práticas

de cuidado e também fortalecer o papel da equipe multiprofissional.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Enfermagem Psiquiátrica; Assistência de Enfermagem; Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT: Psychosocial Care Center for Children receive children and teenagers who present intense psychic suffering due to lasting severe mental disorders and other clinical conditions which keep them from establishing social bonds and developing life projects. This work aims to report the experience in elaboration Singular Therapeutic Project by nursing students from Federal University of Alagoas to a child attending one of these centers in Maceió, Alagoas. It is an experimental report by nursing students in elaborating a Singular Therapeutic. Project during monitored practical activities. From the perspective of individual attendance, this project was elaborated from a child with Attention-deficit/hyperactivity disorder and Oppositional defiant disorder diagnosis, after close follow up during workshops, anamnesis and analysis of patient records. Some requirements were made such as: damaged interpersonal relations; not being able to pay attention to classes. The case was then assessed by nursing students, professors and specialized staff. The Singular Therapeutic Project was elaborated considering the child's life background. The data collection was carried out during a quick anamnesis and with through patient's records analysis. The results from anamnesis involved a hearing process, identification of needs and due advising to the child and their parents, with diagnosis, interventions and results acquisition. Thus, this experiment positively contributed to the personal and professional growth of students, besides improving care practices and strengthening the role of the multi professional team.

KEYWORDS: Mental Health; Psychiatric Nursing; Nursing Care; Singular Therapeutic Project.

1 | INTRODUÇÃO

A grande mudança de paradigmas dentro da área de saúde mental aconteceu com a Reforma Psiquiátrica, um movimento social que promoveu um olhar diferente sobre o modelo de atenção vigente na época, que era biomédico, ou seja, direcionado para doença, medicalização e exclusão. Posteriormente, passou a ser valorizada uma forma de assistência que se voltava para a integralidade do ser e para aspectos biopsicossociais, possibilitando, inclusive, a participação do usuário e de sua família nos tratamentos (CARVALHO et al., 2012).

No período anterior à Reforma Psiquiátrica, os trabalhadores da área de saúde mental demonstravam uma grande insatisfação com a forma de cuidado oferecida aos portadores de transtornos mentais, que eram atendidos em condições precaríssimas nos hospitais psiquiátricos. A partir da Portaria GM 224/92, ocorreu a normatização do atendimento em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), culminando com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2004).

O CAPS é o lugar de referência para a oferta de cuidado às pessoas que

possuem transtornos mentais, que visa a reabilitação do usuário, o fortalecimento do relacionamento familiar e comunitário e a sua reintegração ao contexto social por acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis. Para isso, opera de forma articulada com outros serviços, valorizando a interdisciplinaridade (SILVA; PAULA JUNIOR; ARAÚJO, 2018).

Esses centros oferecem atendimentos às pessoas com transtornos mentais, organizam a rede de saúde mental no seu território, supervisionam a atenção à saúde mental na rede básica e devem ser caracterizados por um ambiente aberto e acolhedor, que promova escuta e formação de vínculos terapêuticos, atendendo pessoas em sofrimento psíquico severo ou persistente. Cada usuário tem um atendimento personalizado segundo suas necessidades, respeitando sua particularidade (BRASIL, 2004).

Diante disso, surgem também os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), os quais atendem crianças e adolescentes, de três a dezoito anos, com demandas de saúde mental como portadores de autismo, usuários de substâncias psicoativas, pessoas que apresentam transtornos globais do desenvolvimento, neuróticos graves, psicóticos e indivíduos com prejuízos nas relações sociais (FARIAS et al., 2014).

O CAPSi possui um serviço multiprofissional, que pode ser composto por diversos especialistas como psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, entre outros. O objetivo de tantos profissionais trabalhando juntos é de desenvolver uma terapia diversificada e integral, pensada em conjunto (NUNES et al., 2014).

Para essas ações de cuidado multidisciplinar, os profissionais podem fazer uso de uma ferramenta chamada Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um instrumento com propostas de ações e condutas a serem realizadas com o usuário. Para sua elaboração, é preciso que cada membro da equipe contribua com seu campo de conhecimento, a partir dos vínculos construídos com o indivíduo portador de transtorno mental e/ou sua família (HORI; NASCIMENTO, 2014).

Assim sendo, este estudo tem por objetivo relatar a experiência da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas para uma criança atendida em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) em Maceió, Alagoas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto das atividades práticas supervisionadas vivenciadas em um CAPSi, promovidas pela disciplina Intervenção de Enfermagem no Processo em Saúde-Doença Mental, ministrada no sétimo período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade

Federal de Alagoas (UFAL), que proporciona aos discentes um estudo teórico-prático da Intervenção de Enfermagem à criança, ao adolescente e ao adulto, englobando os aspectos de saúde mental e considerando o perfil epidemiológico da região para nortear o estudo dos agravos mais incidentes envolvendo os grupos assistidos a nível ambulatorial.

No que se refere às etapas para a construção do PTS foram elaborados os diagnósticos, feitos por meio de uma avaliação biopsicossocial; a definição de metas, que contemplou os prazos para o seu alcance; a divisão de responsabilidades, de acordo com as áreas de conhecimento de cada um, e por último, a reavaliação, que analisou como o processo estava transcorrendo.

Foi realizada a anamnese, com a coleta de dados da história de vida da criança, sua família e seu contexto social, através da elaboração do Sumário de Situação, Genograma e o Ecomapa, obtendo-se maiores informações sobre diferentes aspectos e contexto de vida: identificação, histórico pessoal, familiar, social e comportamental, além de identificar vínculos, potencialidades e vulnerabilidades.

O PTS foi elaborado, portanto, considerando o contexto de vida apresentado pela criança e identificado na coleta e análise das informações. A coleta dos dados ocorreu em dois momentos distintos: durante a anamnese com a participação da mãe e com a consulta ao prontuário do mesmo.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Para a construção do PTS foi realizado o Sumário de Situação a fim de levantar os potenciais riscos acerca do paciente e do ambiente de convívio familiar e social. O Sumário de Situação é um tipo de registro, sendo desta forma um elemento imprescindível ao processo de cuidar e, quando redigido de maneira que retrate a realidade a ser documentada, possibilita a comunicação entre a equipe de saúde. Possui como finalidades, partilhar informações estabelecendo uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente, garantir a qualidade da assistência, servindo como fonte de subsídios para a avaliação do cuidado prestado, além disso, porta um grande número de informações que podem constituir uma fonte alternativa de dados para o ensino e pesquisa (COFEN, 2016).

SUMÁRIO DE SITUAÇÃO: Criança, 8 anos de idade, sexo masculino, branco, cursando o 1º ano do Ensino Fundamental, no qual apresentava como diagnóstico psiquiátrico Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Desafiador Opositivo (TDO). Reside na cidade de Maceió, Alagoas. Mãe 30 anos, ocupação diarista, apresenta síndrome do pânico e pai 40 anos, ocupação motorista, possui uma irmã com 23 anos. Iniciou a consulta no CAPSi no dia 01/11/2013, não fazia parte de grupos ou oficinas, e vinha sendo acompanhado pelo Psiquiatra. Mãe relata que em poucos meses após iniciar os estudos, média de dois a três meses seu filho passou a recusar a frequentar a escola se mostrando bastante agressivo, além

disso, passou a apresentar comportamentos agressivos com seus familiares. Nesse momento, a mãe relata que procurou atendimento psicológico onde a criança fez terapia uma vez na semana, durante dois anos. Relata que a criança sempre apresentou dificuldade em relação ao cumprimento de regras, e que acerca de dois anos passou a afirmar que as mãos de sua mãe estavam sujas, como também recusava a ingestão de água em lugares que não eram sua residência, atribuindo sujeiras a mesma, além disso, passou a dormir muito tarde. Era estudante do turno vespertino, e muitos colegas relataram que o mesmo não respeitava a professora e nem realizava as atividades desenvolvidas em sala de aula. Quando interrogado ele não se justificava, e atribuía o fato de não querer ter nascido, mostrando-se agressivo. Negava alucinações auditivas e visuais, e afirmava ter medo de ficar sozinho em casa. Estava acompanhado dos pais, apresentando comportamento ainda muito disruptivo, tanto em casa como na escola. Mãe apresentou anotações da agenda escolar contendo as seguintes frases: “não consegue ter atenção, atrapalha as aulas, grita, agride colegas, fala palavrões, não consegue ficar sentado nem obedecer”. A psicóloga do CAPSi apresentou em seu relatório a expressão: “explosão de agressividade no atendimento”, referindo-se ao comportamento da criança durante a consulta. A criança participou de uma oficina, e ao término desta foi realizado a anamnese e em seguida foi encaminhada para a consulta médica, em um segundo momento foi realizada a consulta do prontuário da mesma. No decorrer da realização da oficina, foi observado que a criança participava das atividades propostas, contando histórias, cantando músicas infantis e dançando, na ocasião ela atendeu às regras estabelecidas no grupo. Na anamnese, apresentou-se comunicativo, orientado no tempo e espaço, relatando que gosta de passar a maior parte do tempo no computador e que não gostava de ir à escola. Relatou ter sido agredido pelo pai e que apresentava episódios de agressividade com seus colegas em sala de aula. Observou-se também que a relação pai e mãe parecia ser conflituosa, e a mãe relatou que a mesma sempre acompanhava o filho sozinha às consultas médicas, e que se sentia sobrecarregada, pois não tinha com quem dividir as responsabilidades.

De acordo com os dados levantados no Sumário de Situação foi elaborado o Genograma (Figura 1) da criança. Contudo, tiveram algumas limitações das informações sobre o paciente, o que permitiu a construção do Genograma apresentado a seguir.

grupos, pessoas e até mesmo instituição em algumas situações, contudo, a desvantagem consiste em determinados dados que são importantes, serem considerados simples (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Com base no Sumário de Situação, Genograma e Ecomapa foi possível traçar um plano de cuidado sistematizado e individualizado para melhorar a qualidade das relações interpessoais apresentadas pela criança, como apresentado no quadro 1.

Diagnósticos	Metas	Divisão de Responsabilidades	Reavaliação	Diagnósticos De Enfermagem/ Resultados Esperados	Ações De Enfermagem
Potencialidades					
Facilidade para fazer amizades	Desenvolvimento sustentável em médio prazo	CAPSI: Psicólogos Enfermeiros Escola: Professores Família: Pais	2 meses	Potencialidade para se relacionar com outras pessoas/ Relacionamento com outras crianças em nível aumentado	Estimular a interação com outras crianças; Proporcionar atividades em grupos.
Gosta de meios eletrônicos	Desenvolvimento sustentável em curto prazo	Família: Pais	2 meses	Criança com potencial para aumento em Serviço de comunicações / Criança com conhecimento em serviços de comunicação em nível aumentado	Estimular o uso jogos educativos em meios de comunicação
Vulnerabilidades					
Relação interpessoal prejudicada	Relação interpessoal melhorada em curto prazo	CAPSI: Psicólogos Psiquiatra Enfermeiro Educadores Professores Família: Pais	12 meses	Desenvolvimento interpessoal infantil comprometido/ Desenvolvimento interpessoal infantil melhorado	Estimular a participação em oficinas; Orientar sobre regras a serem seguidas; Estimular a respeitar o próximo.
Agressividade presente	Agressividade ausente em longo prazo Estabelecer regras em médio prazo	CAPSI: Psicólogos Psiquiatra Enfermeiro Família: Pais	12 meses	Agressividade e nível aumentado/ Agressividade ausente	Orientar os pais sobre a importância do afeto com filho; Estimular a familiar a terem momentos de lazer; Orientar o dialogo pais e filho.

Relação pai e filho Comprometimento	Relação pai filho melhorada em longo prazo Apoio a família em médio prazo	Família: Pais CAPSi: Psicólogos Psiquiatra	12 meses	Ligação pai-filho comprometido/ Ligação pai-filho melhorada	Estimular a participação do pai no cotidiano da criança; Orientar o pai as formas de punição adequadas.
Não consegue prestar atenção nas aulas	Alterar metodologia em médio prazo Desenvolver atividades que chamem a atenção em curto prazo	Educadores Professores Família: Pais CAPSi: Psicólogos Psiquiatra Enfermeiro	6 meses	Criança com dificuldade de realizar atividade em nível aumentado/ Criança com dificuldade de realizar atividade em nível diminuído.	Instruir pais a proporcionar um ambiente livre de distrações; Monitorar a criança a realização da atividade; Proporcionar a criança terapia em grupo; Dividir atividades longas em menores; Instruir a criança de forma simples.

Quadro 1 - Identificação dos problemas e necessidades apresentados pela criança.

Fonte: Autores

O plano de cuidados visa trabalhar e estimular as potencialidades apresentadas pela criança, e melhorar as vulnerabilidades que ela apresenta. Para sua execução foram necessários a participação dos profissionais do CAPSi (psicólogo, enfermeiro, médicos, entre outros) e dos familiares (pai e mãe), além disso, a escola tem participação essencial, pois é um lugar onde a criança poderá desenvolver as habilidades de interação com os demais alunos. Desta forma, a implementação dos cuidados foi a curto, médio e longo prazo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PTS foi elaborado, portanto, considerando o contexto de vida apresentado pela criança. A coleta dos dados ocorreu em dois momentos distintos: durante a uma rápida anamnese e com a consulta ao prontuário. Embora não tenha sido possível a realização do exame físico e exame do estado mental, algumas características e potencialidades foram levantadas e expressas com a ajuda de ferramentas como o sumário de situação, o Genograma e o Ecomapa.

A construção do PTS contribuiu positivamente e grandiosamente para a formação pessoal e profissional dos acadêmicos e possibilitou e reforçou a necessidade de um

olhar mais atento, cuidadoso e humanizado às potencialidades e vulnerabilidades do usuário atendido. Foi preciso a participação da equipe multidisciplinar, para que dessa forma, os cuidados prestados alcançassem a criança e sua família da forma mais integral possível.

Conhecer, conviver e refletir sobre transtornos mentais proporciona a quebra de paradigmas e a inovação no cuidar. Através do PTS, busca-se ampliar o olhar para o usuário a partir da multiprofissionalidade, o que promove o trabalho em equipe e conseqüentemente, uma assistência singular às necessidades apresentadas pelos atendidos.

Limitação: Houve comprometimento do aprofundamento da obtenção de informações tendo em vista que a criança não retornou ao serviço durante nossa permanência para complementação dos dados acerca do caso.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

CARVALHO, L.G.P. et al. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações.** O mundo da saúde, v.36, n.6, p.521-525, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem.** 2016.

FARIAS, C.A. et al. **Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil.** Ciência & saúde coletiva, v.19, n. 12, p.4819-4827, 2014.

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A.F. **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.8, p.3561-3571, 2014.

NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M.; HAYES, V.E. **Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica.** Texto & contexto Enfermagem, v.14, n.2, p.280-286, 2005.

NASCIMENTO, L.C et al. **Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira.** Texto & contexto Enfermagem, v.23, n.1, p.211-220, 2014.

NUNES, C.K. et al. **O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n.12, p.65-72, 2014.

SILVA, T.A.; PAULA JUNIOR, J.D.; ARAUJO, R.C. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil.** Revista latino-americana de psicopatologia fundamental, v. 21, n. 2, p. 346-363, 2018.

A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DOS LEITOS INTEGRAIS COM O NOVO E A QUEBRA DE PROTOCOLOS DE TRATAMENTO

Vivian Letícia Rudnick Ueta

Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde – CCBS, Recife-Pernambuco.

Maria Eduarda Calado Macêdo

Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde – CCBS, Recife-Pernambuco.

Amanda França Cruz Ximenes

Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde – CCBS, Recife-Pernambuco.

Marcus Túlio Caldas

Universidade Católica de Pernambuco, Medicina/ Psicologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde- CCBS, Recife-Pernambuco.

RESUMO: As questões relacionadas à saúde mental no Brasil se apresentam como um grande desafio para a saúde pública. Por conta disso, diversos programas de saúde pública foram propostos, dentre eles, o programa de Leitos Integrais, que foi lançado em 2012 pelo Ministério da Saúde, e que tem como premissa a desintoxicação em enfermaria de hospital de clínica médica, conduzido por uma equipe especializada. No Recife, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) se integrou ao programa. A partir disso, nossa pesquisa consistiu em investigar esse programa a partir da experiência da equipe

dos Leitos Integrais com o novo e a quebra de protocolos de tratamento. A metodologia foi de natureza qualitativa de cunho fenomenológico com amostra intencional. Foram realizadas entrevistas narrativas com oito profissionais da saúde implicados na política dos Leitos Integrais. A análise dos resultados se deu a partir das Unidades de Significado proposta por Amedeo Giorgi. Na síntese dos resultados consideramos as Unidades de Significado articuladas com trechos do Diário de Campo realizado. A partir da fala dos entrevistados, foi possível perceber inconstâncias e adversidades. Porém, a disposição para o diálogo e a consciência de estar realizando um trabalho que salva vidas, serve como contínua motivação para todos os envolvidos. Concluímos que o programa pode ser melhorado e aprimoramentos de protocolos devem ser realizados, bem como campanhas e trabalhos que advoguem a favor de uma maior inserção por parte dessa parcela marginalizada da população devem ser feitos.

PALAVRAS-CHAVE: leitos integrais; desintoxicação hospitalar; programa de saúde; profissionais da saúde.

ABSTRACT: The matters related to mental health in Brazil present a great challenge for public health. Because of this, several public health programs were proposed, among them, the “Programa de Leitos Integrais”, which was

launched in 2012 by the Ministry of Health, and which is premised on detoxification in a medical clinic hospital ward, conducted by a specialized team. In Recife, the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) joined the program. Therefore, our research consisted in investigating this program from the experience of the team of the “Leitos Integrais” with the new and the breaking of protocols of treatment. The methodology was qualitative with an intentional sample. Narrative interviews were carried out with eight health professionals involved in the “Leitos integrais”. The analysis of the results came from the Units of Significance proposed by Amedeo Giorgi. In the synthesis of the results we consider the Units of Significance articulated with excerpts from the field journal. From the professionals speech, it was possible to perceive inconsistencies and adversities. However, the willingness to dialogue and the awareness of doing life-saving work serves as a continuing motivation for all concerned. We conclude that the Program can be refined and improvements of protocols must be made, as well as campaigns and works that advocate in favor of a greater insertion by this marginalized part of the population must be done.

KEYWORDS: “leitos integrais”, hospital detoxification, health program, health professionals

1 | INTRODUÇÃO

As questões relacionadas à saúde mental, incluindo o uso de álcool e outras drogas, se apresentam no contexto político e social brasileiro como uma grande empreitada na garantia dos direitos de cidadãos com transtornos mentais, devido a isso, o tratamento dos dependentes de álcool e drogas em geral continua a representar um grande desafio à saúde pública (DUALIBI, VIEIRA E LARANJEIRA, 2011). Com isso, a Política Nacional de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS) busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, fundamentado em uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros Culturais e de Convivência e os Leitos de Atenção Integral.

Apartir disso, na área da saúde pública, a rede e a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool – Drogas (CAPSad), a partir de 1986, foi um marco no tratamento de dependentes químicos (Ministério da Saúde, 2004). E, além disso, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS, por meio da Portaria nº 3088, com posterior republicação em 2013. Essa rede discorre sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, nesse contexto, a desintoxicação e o tratamento das patologias associadas ganha relevo (Ministério da Saúde, 2011).

A concepção do alcoolismo em sua versão biopsicosociocultural, com os recentes avanços na descoberta dos mecanismos neurais, funcionamento cognitivo, diferença

de gênero, fatores genéticos e de outra ordem, tem revolucionado a compreensão e o tratamento desses transtornos (DIEHL, CORDEIRO E LARANJEIRA, 2010). Com isso, podemos afirmar que hoje o estudo e o tratamento do alcoolismo e das outras drogas ocupam um campo próprio dentro do vasto território abrangido pela psiquiatria (EDWARDS; MARSHALL E COOK, 1999).

Dessa forma, a “porta de entrada” do tratamento contra a dependência química passa a ser a desintoxicação. Além dos procedimentos médicos – psiquiátricos a serem adotados, essa etapa passou a ser considerada como fundamental para a posterior: o ingresso nos CAPSad, nos quais é realizado um exame mais profundo de sua dependência (DIEHL, CORDEIRO E LARANJEIRA, 2010).

Entendida como crise, e como ruptura na relação do dependente com a droga, a intoxicação frequentemente provoca a tão esperada oportunidade para abordagem do paciente quanto ao tratamento (DUALIBI, VIEIRA E LARANJEIRA, 2011). O fato de ser um momento de grande sofrimento onde pontuam a angústia, depressão, irritabilidade, sintomas psicóticos e patologias clínicas, “sensibiliza” o usuário para o acolhimento e continuidade do tratamento. A importância desse momento não passou despercebida ao Ministério da Saúde, que em 2012 lançou o Programa de Leitos Integrais (Ministério da Saúde, 2012). Esse programa propõe a desintoxicação em enfermaria de hospital de clínica médica, conduzido por equipe especializada composta por médico clínico geral, médico psiquiatra, enfermeira, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e outros profissionais que se façam necessários. Estes leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise, devendo estar articulados e em diálogo com outros dispositivos de referência para o paciente.

O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) foi um dos hospitais que, em Recife, se integrou ao programa. E, além deste, outro foi o Hospital Evangélico. Em 2004, na sua unidade conhecida como Oscar Coutinho, existia uma enfermaria para desintoxicação. Entretanto, esta não correspondia aos preceitos tidos como padrão ouro de tratamento. Assim, foi desativada, e, posteriormente, substituída pelo modelo preconizado pelo Ministério da Saúde. Agora, existem dez leitos disponíveis. Sete estão na enfermaria masculina, e três podem ser encontrados na feminina da Clínica Médica da Unidade Pedro II. E esse total está reservado para o Programa de Leitos Integrais. O fato de o IMIP ser um hospital de média e alta complexidade tem permitido um diagnóstico mais apurado das patologias encontradas nessa clientela. Tuberculose, AIDS, câncer e outras doenças igualmente graves e de curso crônico, por exemplo, têm sido identificadas, o que parece mostrar que as sequelas do uso de álcool e outras drogas é ainda mais grave do que se supunha.

Portanto, a presente pesquisa teve como premissa uma melhor compreensão sobre a dinâmica existente entre o seguimento dos protocolos preestabelecidos para o manejo de dependentes químicos, sobre a necessidade de elaboração de estratégias alternativas diante de situações não descritas em protocolos, e sobre a experiência dos profissionais da saúde que lidam com a política de Leitos Integrais.

Visamos, por meio dessa pesquisa, então, uma melhor compreensão da vivência dos profissionais de saúde e sua relação com os pacientes internados nos Leitos Integrais. Objetivamos, além disso, por meio dessa compreensão, perceber os erros e acertos dos protocolos frente à realidade apresentada. E buscamos ainda uma adequação do sistema para um melhor atendimento dos implicados no processo de reabilitação.

2 | OBJETIVOS

Objetivo geral:

Pesquisar a experiência da equipe dos Leitos Integrais com o novo e a quebra de protocolos de tratamento.

Objetivos específicos:

Pesquisar como a equipe responsável pela desintoxicação vivenciou os comportamentos de quebra do protocolo.

Investigar como a equipe responsável pela desintoxicação elaborou estratégias diante do que não está inscrito no protocolo.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

A abordagem fenomenológica nos permitiu uma atitude compreensiva quanto à experiência de profissionais envolvidos no programa de Leitos Integrais do IMIP. A fenomenologia proposta a partir dos estudos de Edmund Husserl (1900) se apoia na “análise compreensiva e não explicativa dos fenômenos” (Laporte & Volpe, 2009, p. 52). O autor considera que a consciência dá sentido aos fenômenos que a ela se desvelam na experiência do homem com as coisas do mundo. Portanto coloca a razão em um segundo momento, uma vez que o primeiro movimento da consciência é dar sentido ao mundo, já que as coisas estabelecem uma relação de sentido para o homem (Gadamer, 2012).

Para Merleau-Ponty (1999) a fenomenologia procura descrever, evitando explicar e analisar os fenômenos. Ela propõe retornar “às coisas mesmas”, pretendendo com isso colocar a importância da experiência vivida em contraposição a um conjunto de conhecimentos apriorísticos que conduziriam o homem em sua relação com o mundo.

Importa destacar a importância da intersubjetividade que é fundamental nas pesquisas fenomenológicas. A intersubjetividade corresponde à verdade construída na relação entre os homens em contraposição ao fato do sentido ser construído por cada um em sua própria experiência.

A equipe dos Leitos Integrais contava, no período da pesquisa, com oito

profissionais das mais diversas áreas: psiquiatria, clínica médica, psicologia, assistência social, enfermagem e terapia ocupacional. Todos foram entrevistados individualmente, quando puderam comentar sobre a experiência de cada um em sua ação profissional e, em grupo, quando consideraram o que diz respeito às ações conjuntas.

Foi realizada uma entrevista narrativa que, segundo Uwe (2009) permite conhecer de modo amplo o mundo fenomênico do entrevistado. Este tipo de entrevista divide-se em três estágios: 1) a apresentação de uma pergunta gerativa de narrativa, como estímulo à narrativa; 2) o estágio das investigações mais aprofundadas da narrativa, em que são complementadas as informações fornecidas; 3) o último corresponde ao estágio de equilíbrio, visando obter a condensação dos relatos, buscando assim um significado.

A referida entrevista foi gravada, aberta, individual e em grupo para a equipe, com duração média de 60 minutos, e teve início com a seguinte pergunta geradora de narrativa: Como foi para você a experiência com o programa de Leitos Integrais do IMIP?

No contato individual com cada um dos que concordaram em participar do presente estudo, o pesquisador solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo, portanto foram substituídos por pseudônimos.

A escolha da amostra seguiu os seguintes critérios de inclusão:

Participar da equipe do Programa de Leitos Integrais do IMIP, aceitar o convite para participar da pesquisa.

Outro instrumento utilizado diz respeito ao diário de campo, para registrar as impressões do pesquisador a partir das observações realizadas durante as entrevistas, de como foi afetada no contato com cada participante. Em outras palavras, permitiu registrar as impressões do que foi colhido no momento das entrevistas, assim como a linguagem gestual, possibilitando examinar as reações do pesquisador diante da realidade que está próxima, de buscar um retrato mais afetivo e compreender as experiências dos participantes, a partir da afetação que provoquem no pesquisador a experiência dos entrevistados.

A análise de dados seguiu o método fenomenológico de Amedeo Giorgi (1985). O autor propõe quatro etapas assim caracterizadas:

1) Estabelecer o sentido geral – ler todos os dados transcritos para ter conhecimento de todo o conteúdo;

2) Determinação das partes - divisão dos dados em unidades de significado – realizar uma nova leitura dos dados, para depois dividi-los em “unidades de significado”, segundo a perspectiva desejada, levando em conta o fenômeno estudado;

3) Transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico – realizar a organização e a enunciação dos dados brutos na linguagem mais direta, levando em conta aqueles mais reveladores do fenômeno em estudo e;

4) Determinação da estrutura geral de significados psicológicos – elaborar a síntese ou o resumo dos resultados para fins de comunicação à comunidade científica (GIORGI e SOUZA, 2010, p.85).

Na confecção do resultado final, foram considerados também as anotações do diário de campo e a reflexão teórica à luz do Programa de Leitos Integrais.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 8 profissionais da saúde que trabalham nos Leitos Integrais, sendo 3 homens e 5 mulheres. As entrevistas foram realizadas no IMIP, no período de janeiro a março de 2017. Todos os participantes convidados aceitaram serem entrevistados. Foram entrevistados dois clínicos gerais, dois enfermeiros, um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e um terapeuta ocupacional. A faixa de idade dos entrevistados foi de 28 a 60 anos. As dificuldades que encontramos para a realização do nosso trabalho foram principalmente de ordem burocrática. Os entrevistados foram solícitos, respondendo com interesse as questões propostas. Houve coerência entre as respostas individuais e em grupo, ou seja, foi possível identificar as mesmas unidades de sentido.

1ª unidade de sentido: Leitos Integrais e a falta de estrutura física

Entrevistado 5: “...esses janelões, como aqui é uma estrutura tombada, não pode colocar uma rede de proteção, grades.”; “... o risco de evasão é alto, não há um controle de entrada e saída”.

Entrevistado 6: “...as vezes é um paciente que precisa de um cuidado diferenciado, as vezes até expõe a gente e aos outros pacientes em risco”.

Entrevistado 7: “...a estrutura não é adequada para receber esses pacientes em desintoxicação ou abstinência. Seriam as janelas muito grandes e a entrada e a saída fácil”.

Entrevistado 8: “...a estrutura é perigosa em caso de risco de suicídio ou agitação psicomotora”.

Durante as nossas visitas ao IMIP, pudemos perceber que o hospital possui uma bela estrutura, com árvores e gramados bem cuidados, além de possuir, na área da enfermaria dos Leitos Integrais uma fachada que transmite bem-estar aos pacientes. Porém, realmente nos chamou a atenção as janelas grandes sem nenhuma forma de proteção, como telas ou grades, além do livre acesso e circulação de pessoas dentro e fora do hospital. Pude perceber em minhas anotações do diário de campo, que a falta de alguma proteção nas janelas das enfermarias é um fator negativo que gera bastante incômodo para os profissionais de saúde que lidam com os Leitos Integrais, principalmente em situações em que o paciente se encontra em estado de confusão ou ideias suicidas, gerando nos profissionais, principalmente na equipe de enfermagem, preocupação e dificuldade na realização das tarefas.

2ª unidade de sentido: inadequação para a especificidade da clientela

Entrevistado 3: “...esses pacientes que tem um transtorno de personalidade, eles incomodam, manipulam, agredem, destratam a enfermagem, então assim não tem um vínculo. Então esse vínculo não é nem construído, pelo contrário, ele é destruído”.

Entrevistado 6: “...se internam muitas vezes, são pessoas violentas, agressivas, as vezes roubam as pessoas e esses internamentos são permitidos”.

Entrevistado 7: “...na abstinência é mais complicado, porque os pacientes estão confusos, às vezes, agressivos”.

Nesta unidade de sentido, pode-se perceber parte da complexidade que beira as relações humanas nos Leitos Integrais. Em minhas anotações do diário de campo observei uma graduação na questão do preconceito: alguns profissionais mostravam atitudes pessoais de esforço para lutar contra os seus próprios preconceitos, outros pareciam bastante cômodos com essa questão, já outros, estranhamente, pareciam mesmo orgulhar-se de suas atitudes. Acredito que esse possível falta de empatia por parte de alguns profissionais provenha dos diferentes contextos de vivências e experiências individuais, contribuindo para a perpetuação do estigma a que essa clientela é frequentemente associada.

3ª unidade de sentido: a desarticulação da RAPS

Entrevistado 1: “Então a RAPS, é uma composição de oferta. Entre essa oferta estão os CAPS, a atenção primária a saúde e os Leitos Integrais. Compõe esse conjunto de oferta”; “... determinados protocolos pactuados não têm tanta qualidade. ”

Entrevistado 2: “... a falta de comunicação é muito clara. ”; “... a programação do CAPS é frequentemente incorreta. ”

Entrevistado 4: “... chegam sem encaminhamento, desorganizados, sem orientação adequada”

Entrevistado 5: “... a RAPS, a rede, está difícil, precariedade total da saúde mental, a relação é quase zero. ”; “...não tem muito preparo técnico para lidar com esse tipo de problema, não se comunicam, é uma verdadeira falta de rede.”

Entrevistado 7: “...faltam abrigos, falta vagas nos albergues, resultado, os pacientes ficam esperando muito tempo aqui para não voltar para a condição de morador de rua. ”

A falta de comunicação, integração e corresponsabilidade na RAPS cria enormes complicações para os Leitos Integrais, uma vez que existe um problema na admissão, no encaminhamento, acolhimento após a alta e em possíveis necessidade de transferência para outros serviços destes pacientes, o que dificulta não só o trabalho dos profissionais da saúde, como também a recuperação do paciente. Fato condizente com a nossa situação socioeconômica atual, cuja falta de recursos de ordem financeira, humana e de administração resulta em um sistema cada vez mais estagnado.

4ª unidade de sentido: preconceito e estigma como marca da clientela

Entrevistado 2: “... a vida em situação de rua, condição de muitos usuários, leva a agressividade a ser um fator primordial para a sobrevivência, quando essa dinâmica é trazida para o hospital, vai trazer consequências no funcionamento com a enfermagem

e a equipe médica. ”

Entrevistado 3: “...o manejo com os pacientes, muito destrutivos, a incapacidade de entender o processo da doença, os insucessos, levam ao preconceito”.

Entrevistado 5: “...existe um embate muito grande da clínica médica com a psiquiatria, em função do estigma, em função do preconceito. ”

Entrevistado 7: “...fica meio constrangedor para o paciente, atrapalha um pouco o tratamento”.

A partir desta unidade de sentido, pode-se inferir que a clientela que é recorrente nos Leitos Integrais é uma das mais estigmatizadas em nossa sociedade, o que dificulta a sua reabilitação e reinserção após a alta hospitalar. Isso se dá principalmente pelas carências das mais diversas ordens a que esses pacientes estão submetidos. Acredito ainda que essa unidade está ligada à 2ª unidade de sentido: inadequação para a especificidade da clientela, por corroborar a existência de um certo estigma entre os profissionais da saúde que trabalham nos Leitos Integrais.

5ª unidade de sentido: integração da equipe como um fundamento da solidez das condutas

Entrevistado 1: “... a equipe é muito flexível, tem grande capacidade para lidar com as situações novas e difíceis. ”

Entrevistado 2: “... a equipe cuida de maneira integral dos usuários, higiene pessoal, alimentação, além das questões de clínica médica e psiquiatria”.

Entrevistado 3: “...hoje a gente é uma equipe, então as pessoas têm esse conhecimento, nos reconhecem como equipe, inclusive indicam o local físico onde nos encontrar”.

Entrevistado 4: “... a gente, no dia a dia, tem um suporte grande da equipe, que fazem todo um alicerce para que seja possível, não tem como caminharmos sozinhos”.

Entrevistado 5: “ É uma equipe bem legal, gostosa de trabalhar, a gente troca, o que não dá para um, a gente ajuda. Então essa interdisciplinaridade que nós temos, eu acho muito boa. Tem inclusive a questão do afeto que nos fortalece”

Entrevistado 6: “...antes, éramos muito distantes, a equipe vinha apenas duas vezes por semana, hoje diariamente temos contato com eles, o que melhorou muito o atendimento”.

Entrevistado 7: “... é muito tranquila a relação com a equipe, são pessoas muito acessíveis”

Entrevistado 8: “... a integração da equipe de saúde mental com a clínica é fundamental”.

Nesta unidade de sentido, pude perceber que os profissionais de saúde entrevistados, em sua totalidade, comentaram de maneira inquestionável sobre a integração da equipe, ressaltaram principalmente o diálogo multidisciplinar dentro das enfermarias de clínica médica, o que gera muitos benefícios para os pacientes, que são observados de forma holística e com corresponsabilidade. Acho importante ressaltar que, em meu diário de campo, anotei mais de uma vez, pela maioria dos

profissionais, sentimentos de afeto e amizade por parte da equipe envolvida.

6ª unidade de sentido: Leitos Integrais como cuidado a uma população desprotegida e estigmatizada

Entrevistado 2: "...a dinâmica do usuário de droga faz com que as pessoas não tomem cuidados com a higiene pessoal, relação sexual, horários de repouso e sono. "; "...uma usuária de crack inserida em uma prática de exercer favores sexuais para conseguir a droga, o que é muito comum, termina por alimentar o preconceito. "; "Considerar que a dependência química é um problema de saúde e não de caráter moral, o que permite o cuidado, surpreende até mesmo a clientela, que se sente assim acolhida".

Entrevistado 3: "... os pacientes chegam com comorbidade clínicas de moderadas a graves e com vários problemas psiquiátricos, entretanto o acolhimento, o conversar um pouco sobre a história de cada um, as suas questões biopsicossociais permitem que façamos intervenções bastante eficazes".

Entrevistado 4: "...são um pouco agressivos, mas dependendo de alguns casos, a gente chega a evitar um suicídio, porque ele está completamente transtornado na abstinência, com humanização conseguimos muita coisa".

Entrevistado 5: "... sempre foi um público difícil, que as vezes frustra, trabalhamos o tempo todo com a frustração, mas mesmo assim eu gosto de trabalhar com esse tipo de temática, com essas dificuldades, inclusive porque sei que poucos profissionais se interessam".

Pude perceber, a partir das anotações em meu diário de campo, que a grande maioria dos profissionais envolvidos nos Leitos Integrais percebe a importância que esta política possui para a sociedade e para o bem-estar dos pacientes, uma vez que se compromete a oferecer um cuidado das diversas carências a que o paciente é submetido. Pude perceber também que existe um fator humanístico muito presente por parte dos profissionais, tornando o processo de tratamento muito acolhedor.

7ª unidade de sentido: salvando vidas

Entrevistado 5: "É um grande ganho para os pacientes estarem aqui na clínica médica, com os recursos do hospital, descobrem que tem câncer, problema hepático, hipertensão, cardiopatias, que contribui não só para o tratamento em si como também é um reforço para a continuidade nos CAPS".

Entrevistado 3: "A clínica médica vai balançar ele da cabeça até os pés, inclusive porque aqui é um hospital escola. Com isso várias doenças silenciosas, porém graves são descobertas. "

Entrevistado 2: "Os Leitos Integrais têm como objetivo fazer um trabalho de exame de todas as possibilidades de patologias físicas e psiquiátricas. Com os recursos do hospital, muito é descoberto, o que ajuda essa clientela tão carente".

Entrevistado 1: "Sendo um hospital de alta complexidade, muito é descoberto e tratado, que tinha passado desconhecido até então, em outros tratamentos. Portanto não se trata de uma simples desintoxicação. "

Nessa unidade de sentido, percebemos que, muito mais do que simplesmente um trabalho, o papel que os profissionais de saúde exercem nos Leitos Integrals passa a ser motivo de orgulho, questão que pude analisar com o meu diário de campo. O que levanta questões ligadas a ética do cuidado.

8ª unidade de sentido: Leitos Integrals como clínica da complexidade e contradição

Entrevistado 1: “A política dos Leitos Integrals não é tão simples como parece. Na verdade, requer uma rede integrada, uma organização integral, com serviços que se comuniquem entre si, que assumam suas responsabilidades com o cuidado, e que tenham princípios democráticos.”; “As situações são muito complexas, cada paciente é um desafio, uma vez que tem necessidades próprias”; “Infelizmente, em um momento de diversidade que a gente tem, de vulnerabilidade do sistema de saúde que estamos vivendo, financeira, ética, de protocolo, de qualidade de profissionais, de regras, de corresponsabilidade, temos ainda assim que funcionar da melhor maneira”.

Entrevistado 2: “As exigências do sistema são muitas, tem os protocolos de internação e os protocolos de alta, a necessidade do projeto terapêutico singular. Entretanto, as vezes a falta de um transporte coloca grande parte do esforço a perder. É nesse ambiente que temos que funcionar”.

Entrevistado 4: “... a falta de familiar é muito difícil, tanto para o profissional quanto para o paciente, as vezes o tratamento tem dificuldade de progredir por dificuldades familiares”.

Entrevistado 7: “Comentasse muito sobre a questão do preconceito, entretanto, para mim, a distância das famílias é mais importante do que qualquer outra coisa. O maior problema desses Leitos Integrals é a falta da família. Como tratar essas pessoas sem família? ”

Poderíamos pensar que admitir usuários de álcool e drogas em leitos de desintoxicação seria o mais simples de uma conduta médica, entretanto a presente pesquisa deixou claro a difícil realidade em que muitos agentes interagem, com diferentes papéis que ao mesmo tempo precisam integrar-se, além de se articular em instituições extra hospitalares, tanto no encaminhamento quanto na saída. Obviamente tal conjunção de atores e instituições nunca se fará de maneira totalmente harmônica, frequentemente gerando impasses e contradições, que, entretanto, estão sendo continuamente superadas pelo trabalho em equipe.

9ª unidade de sentido: a inconstância das situações em que os profissionais se deparam e a quebra de protocolo

Entrevistado 2: “...Muitas vezes nós precisamos passar por cima da burocracia, uma vez que são muitas vidas ali pedindo socorro, então se a gente consegue trabalhar esse processo burocrático, vaga e a internação, nós recebemos e vamos resolvendo as outras coisas depois. ”

Entrevistado 3: “... Nós da saúde mental não temos muito isso de protocolo, não é muito do nosso dia a dia, pois sempre para toda uma regra há exceção, pois cada um é um sujeito singular”.

Entrevistado 5: “...Existe a necessidade da quebra de protocolo para darmos conta, porque muitas vezes nos vemos perdidos pela falta de articulação.”

Nesta unidade de sentido, podemos perceber o elemento humanista e ético presente nos profissionais envolvidos nos Leitos Integrais. Fato que pude perceber em minha vivência durante as entrevistas com os profissionais, uma vez que se mostraram surpresos com as indagações feitas pela entrevistadora sobre a possibilidade de não oferecer cuidado aos pacientes que não se encaixam no que foi acordado no protocolo. Embora reconheçam o valor do protocolo e da burocracia tem a sensibilidade de perceber o singular com que frequentemente se deparam com essa clientela. Essa unidade se articula com outras acima, a exemplo da 8, 7, 6 e 5. Ressalta, todavia o caráter flexível e a capacidade de articulação da equipe.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das entrevistas realizadas e do contexto atual da sociedade, frágil e vulnerável nas mais diversas áreas sociais, inclusive a da saúde, é possível inferir que a política de Leitos Integrais deve ser melhorada e ampliada para uma maior quantidade de hospitais que possam abarcar-la, não somente em Recife, mas em todo o Brasil. Isso se deve porque a política se compromete a oferecer um cuidado que não se limita a estadia no hospital, mas que se estende para o dia a dia do paciente, com o acompanhamento em CAPS, estadia em albergues terapêuticos, atenção em unidades de saúde da família e em outros setores da saúde, o que é possível graças à articulação presente no programa de Leitos Integrais. Mas, para isso, deve existir um aprimoramento dos protocolos envolvidos no processo, para articular melhor os serviços oferecidos pela RAPS, uma vez que as inconstâncias e adversidades no meio médico são uma rotina, que se mostraram recorrentes nos Leitos Integrais. Há evidentes discordâncias de conduta entre a clínica médica e a enfermagem de um lado e os demais profissionais que compõe a equipe dos Leitos Integrais de outro. Entretanto a disposição para o diálogo e a consciência de estar realizando um trabalho que salva vidas, principalmente dirigido a uma população estigmatizada e marginalizada em todos os sentidos, tem servido como contínua motivação. Acredito que exista também uma necessidade de se trabalhar as relações humanas envolvidas, conforme indica a recente campanha do Conselho Federal de Psiquiatria contra o preconceito nesse campo e os prejuízos que daí advém. Portanto, faz-se necessário a realização de campanhas e trabalhos que advoguem a favor de uma maior inserção por parte dessa parcela marginalizada, bem como conscientizem os profissionais da saúde quanto a necessidade de empatia e humanização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 349, de 29 de fevereiro de 2012. Altera e acresce dispositivo à Portaria n° 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0349_29_02_2012.html>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 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. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.) **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUAILIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. **Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas**. In: A. DIEHL; D. C. CORDEIRO; R. LARANJEIRA (Orgs.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**, 2011.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GADAMER, H.G. **Hegel, Husserl e Heidegger**. Tradução de Marco Antônio Casanova. Petrópolis: Vozes, 2012

GADAMER, HG. **Verdade e Método**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Fim de século, 2012.

LAPORTE, A.M.A.; VOLPE, N. **Existencialismo: uma reflexão antropológica e política a partir de Heidegger e Sartre**. Curitiba: Juruá, 2009.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

PATEL V, ARAYA R, CHATERJEE S, CHISHOLM D, COHEN A, DESILVA M, et al., et al. **Treatment and prevention of mental disorders in low income and middle income countries**. Lancet 2007.

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. **O Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RICHARSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

Uwe, F. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES EM DESINTOXICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE LEITOS INTEGRAIS

Amanda França Cruz Ximenes

Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde – CCBS.

Maria Eduarda Calado Macêdo

Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde – CCBS.

Vivian Letícia Rudnick Ueta

Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde – CCBS.

Marcus Túlio Caldas

Universidade Católica de Pernambuco, Medicina/ Psicologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde- CCBS, Recife-Pernambuco.

RESUMO: O Programa de Leitos Integrais foi lançado em 2012 pelo Ministério da Saúde, devido ao impacto positivo causado pela implementação dos CAPSad, em 1986. A desintoxicação foi o principal motivo de entrada nestes Centros, gerando uma oportunidade de abordagem ao paciente, o qual se encontra sensibilizado ao acolhimento e à continuidade do tratamento. O Programa propõe a desintoxicação em enfermaria de Hospital de Clínica Médica, com equipe especializada e multiprofissional. Objetivamos pesquisar este Programa a partir da experiência dos pacientes em desintoxicação nos Leitos Integrais do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) - Recife, investigar

como o processo de desintoxicação pode sensibilizar para o tratamento nos CAPSad e compreender as dificuldades experimentadas. A metodologia foi de natureza qualitativa de cunho fenomenológico com amostra intencional. Foram realizadas entrevistas narrativas com 17 pacientes e a análise dos resultados se deu a partir das Unidades de Significado propostas por Amedeo Giorgi. Foi elaborada uma síntese dos resultados considerando o Diário de Campo confeccionado nas entrevistas. O Programa é visto pela clientela como inovador e eficiente, embora ainda haja relatos de preconceito. Foi unânime entre os pacientes que o tratamento nestes leitos é um grande diferencial, uma vez que aproxima e coloca em diálogo várias especialidades e profissionais, potencializando o diagnóstico e tratamento. A integração com os CAPSad, onde o tratamento terá continuidade foi igualmente ressaltada. Concluímos pela necessidade de ampliar tais leitos para atender à demanda da clientela, posto que esta será amplamente beneficiada.

PALAVRAS-CHAVE: Leitos Integrais, Programa de Saúde, Desintoxicação, Hospitalização.

ABSTRACT: In 2012, the “Programa de Leitos Integrais” was launched by the Ministry of Health, due to the positive impact of CAPSad implementation in 1986. Detoxification was

the main reason for entering these Centers, generating an opportunity to approach the patient, which is sensitized to continue the treatment. The Program proposes the detoxification in medical clinic hospital ward with specialized and multiprofessional team. We aim to investigate this program from the experience of patients in detoxification in the “Leitos Integrais” of the “Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira” (IMIP) - Recife, investigating how the detoxification process can sensitize the treatment in CAPSad and understand the difficulties experienced. The methodology was qualitative in nature with an intentional sample. Narrative interviews were carried out with 17 patients and the results analysis was based on the Units of Significance proposed by Amedeo Giorgi. A summary of the results was elaborated considering the notes on the Field Diary made at the interviews. The Program is seen by the clientele as innovative and efficient, although there are still reports of prejudice. It was unanimous among the patients that the treatment in these beds is a great differential, since it approaches and puts in dialogue several specialties and professionals, potentializing the diagnosis and treatment. Integration with the CAPSad, where treatment will continue, was also highlighted. We conclude by the need to expand the Program to meet customer demand, since they will be greatly benefited.

KEYWORDS: Leitos Integrais, Health Program, Detoxification, Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO

A preocupação com o uso de álcool e outras drogas e suas consequências ocupa um lugar central nas questões que desafiam a Saúde Pública brasileira. A partir de 1986, a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool-Drogas (CAPSad) representou um marco no tratamento de dependentes químicos segundo o Ministério da Saúde (MS, 2004), principalmente após o avanço no entendimento da dependência como um processo biopsicosócio-cultural. Tal progresso se deu pela descoberta dos mecanismos neurais, cognição, diferença de gêneros, fatores genéticos entre outros que têm mudado a compreensão e a forma de tratamento desses transtornos. (DIEHL, CORDEIRO E LARANJEIRA, 2010). Hoje, o estudo e tratamento das dependências químicas ocupam um campo próprio dentro do vasto território abrangido pela psiquiatria (EDWARDS; MARSHALL E COOK, 1999).

O impacto causado pela implementação dos CAPSad foi bastante positivo, e o ingresso nesses Centros permitiu à clientela um exame mais profundo da sua própria dependência (DIEHL, CORDEIRO E LARANJEIRA, 2010). A desintoxicação passa a ser um momento privilegiado no processo de tratamento, pois a intoxicação frequentemente gera uma oportunidade de abordagem do paciente (DUALIBI, VIEIRA E LARANJEIRA, 2011), o qual se encontra em sofrimento – depressão, irritabilidade, sintomas psicóticos, patologias associadas – e, conseqüentemente, mais sensibilizado ao acolhimento e à continuidade dele.

Em decorrência do impacto supracitado, o Ministério da Saúde lançou, em 2012, o Programa de Leitos Integrais (MS, 2012), o qual propõe a desintoxicação

em enfermagem de hospital de clínica médica, com equipe especializada composta por: médico clínico geral, médico psiquiatra, enfermeira, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e outros profissionais que se façam necessários. Além disso, tem a proposta de funcionamento em regime integral, nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos (MS, 2012). Tal programa visa um atendimento integral ao paciente, com profissionais capacitados para tratar tanto a dependência quanto as patologias associadas, considerando todo o contexto biopsicossocial em que o dependente químico está inserido.

Apesar de ser um Programa Nacional do Ministério da Saúde, hoje, na cidade do Recife, apenas dois hospitais contam com leitos integrais: O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – hospital no qual esta pesquisa foi realizada - e o Hospital Evangélico. O IMIP possui dez leitos, sete na enfermagem masculina e três na feminina da Clínica Médica da Unidade Pedro II. Por se tratar de um hospital de média e alta complexidade, foi possível elaborar diagnósticos mais apurados das patologias encontradas nesta clientela, a exemplo de câncer, AIDS, tuberculose e outras doenças igualmente graves e de curso crônico, o que, além de impactar na Saúde Pública, sugere que o uso de álcool e outras drogas pode estar diretamente associado com essas patologias.

Assim, o projeto teve como objetivo compreender o processo de desintoxicação vivenciado pelos pacientes nos Leitos Integrais, investigar as dificuldades experimentadas e como o processo de desintoxicação pôde sensibilizar os dependentes na adesão ao tratamento em CAPSad. Esta pesquisa se torna bastante importante principalmente devido ao fato de não haver uma grande variedade de referências acerca deste Programa.

2 | OBJETIVO

Objetivo Geral

Compreender como o processo de desintoxicação foi vivenciado pelos pela clientela dos Leitos Integrais.

Objetivos específicos

Investigar como o processo de desintoxicação pôde sensibilizar para o tratamento nos CAPSad.

Pesquisar as dificuldades experimentadas pela clientela no processo de desintoxicação.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

No intuito de responder aos objetivos da pesquisa, utilizamos a metodologia qualitativa de cunho fenomenológico com amostra intencional, aquela em que é feita uma seleção de casos que respondem aos objetivos da pesquisa (Richardson, 1999).

A abordagem fenomenológica nos permitiu uma atitude compreensiva quanto à experiência de usuários envolvidos no programa de Leitos Integrais do IMIP. A fenomenologia proposta a partir dos estudos de Edmund Husserl (1900) se apoia na “análise compreensiva e não explicativa dos fenômenos” (LAPORTE & VOLPE, 2009, p. 52). O autor considera que a consciência dá sentido aos fenômenos que a ela se desvelam na experiência do homem com as coisas do mundo. Portanto, coloca a razão em um segundo momento, uma vez que o primeiro movimento da consciência é dar sentido ao mundo, já que as coisas estabelecem uma relação de sentido para o homem (GADAMER, 2012).

Para Merleau-Ponty (1999) a fenomenologia procura descrever, evitando explicar e analisar os fenômenos. Ela propõe retornar “às coisas mesmas”, pretendendo com isso colocar a importância da experiência vivida em contraposição a um conjunto de conhecimentos apriorísticos que conduziriam o homem em sua relação com o mundo. Importa destacar a importância da intersubjetividade que é fundamental nas pesquisas fenomenológicas. A intersubjetividade corresponde à verdade construída na relação entre os homens em contraposição ao fato do sentido ser construído por cada um em sua própria experiência.

Foi proposta a entrevista de vinte pacientes assim distribuídos: doze do sexo masculino e oito do sexo feminino. Nova seleção se fez necessária para contemplarmos subgrupos de pacientes. Assim, do sexo masculino tivemos: seis pacientes dependentes de álcool, quatro pacientes dependentes de cocaína/crack e dois pacientes poli-intoxicados. No sexo feminino: quatro pacientes dependentes de álcool, três pacientes dependentes de cocaína/crack e uma paciente poli-intoxicada. Os números acima refletem a distribuição quanto a sexo e subgrupo de usuários mais comumente encontrados nos Leitos Integrais.

Foi realizada uma entrevista narrativa que, segundo Uwe (2009) permite conhecer de modo amplo o mundo fenomênico do entrevistado. Este tipo de entrevista divide-se em três estágios: 1) a apresentação de uma pergunta gerativa de narrativa, como estímulo à narrativa; 2) o estágio das investigações mais aprofundadas da narrativa, em que são complementadas as informações fornecidas; 3) o último corresponde ao estágio de equilíbrio, visando obter a condensação dos relatos, buscando assim um significado.

A referida entrevista foi gravada, aberta e individual com duração média de 45 minutos, e teve início com a seguinte pergunta geradora de narrativa: “Como foi para você a experiência com o programa de Leitos Integrais do IMIP?”.

No contato individual com cada um dos entrevistados que concordaram em

participar do presente estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo, portanto substituídos por seu número de ordem na entrevista.

A escolha da amostra seguiu os seguintes critérios de inclusão: a) Ter feito desintoxicação nos leitos integrais do IMIP, b) Não apresentar patologia psiquiátrica ou de clínica médica que impeça a compreensão da pesquisa, participar voluntariamente, c) Ser maior de idade, d) Estar desintoxicado no momento da entrevista.

Outro instrumento utilizado diz respeito ao Diário de Campo, para registrar as impressões do pesquisador a partir das observações realizadas durante as entrevistas, de como foi afetada no contato com cada participante. Em outras palavras, permite registrar as impressões do que foi colhido no momento das entrevistas, assim como a linguagem gestual, possibilitando examinar as reações do pesquisador diante da realidade que está próxima, de buscar um retrato mais afetivo e compreensivo das experiências dos participantes, a partir da afetação que provoquem no pesquisador a experiência dos entrevistados.

A análise dos dados seguiu o método fenomenológico de Amedeo Giorgi (1985). O autor propõe quatro etapas assim caracterizadas:

1) Estabelecer o sentido geral – ler todos os dados transcritos para ter conhecimento de todo o conteúdo;

2) Determinação das partes - divisão dos dados em unidades de significado – realizar uma nova leitura dos dados, para depois dividi-los em “unidades de significado”, segundo a perspectiva desejada, levando em conta o fenômeno estudado;

3) Transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico – realizar a organização e a enunciação dos dados brutos na linguagem mais direta, levando em conta aqueles mais reveladores do fenômeno em estudo e;

4) Determinação da estrutura geral de significados psicológicos – elaborar a síntese ou o resumo dos resultados para fins de comunicação à comunidade científica (GIORGI E SOUZA, 2010, p.85).

Na confecção do resultado final, foram consideradas também as anotações do Diário de Campo e a reflexão teórica à luz do Programa de Leitos Integrais.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de compreender a experiência dos pacientes internados nos Leitos Integrais, foram realizadas entrevistas nos próprios leitos do IMIP, onde foi questionado “Qual sua experiência com os Leitos Integrais?” e estimulada a narrativa.

Foram entrevistados 17 pacientes dos 20 propostos. Não houve nenhuma recusa, porém, no período da realização das entrevistas (março a maio de 2017), não houve grande rotatividade da clientela, impossibilitando a amostra proposta. Desta forma, foram entrevistados: seis homens e três mulheres dependentes de álcool, três homens

e três mulheres dependentes de cocaína/crack, dois homens poli-intoxicados.

Nesta pesquisa, as respostas semelhantes obtidas nas entrevistas foram agrupadas em Unidades de Sentido, sendo ilustradas com trechos das entrevistas, seguidas de comentários registrados no Diário de Campo.

1ª Unidade de Sentido: Esperança e autocuidado.

Entrevistado 1: “Achei que estava me divertindo, mas na verdade estava me suicidando, cada dia um pouco mais (...) e percebi que, ainda assim estou ganhando pra alguns aqui. Ganhando no sentido não de bom atendimento ou de ser melhor, mas de o meu problema ser aparentemente tão pequeno ao meu ver, diante de tantas complicações que estou vendo ao meu redor. Eu sou privilegiado.”

Diário de Campo: O fato de estar numa enfermaria com quadros mais graves que o seu permitiu um alívio, uma vez que, pelos abusos no uso da droga, acreditava que seu organismo estaria mais comprometido.

2ª Unidade de Sentido: Decepção, medo e descuido.

Entrevistado 4: “Eu tive dificuldade (...) imaginei que ficaria separada.” / “Tem uma moça que acho que tem lepra (...) e todo mundo faz uso do mesmo banheiro.”

Diário de Campo: Minha surpresa foi perceber que, entre os pacientes internados por uso de drogas, também há preconceito quanto às outras doenças. O fato de o entrevistado 4 ter citado a lepra, uma das doenças mais relacionadas historicamente ao preconceito, reforça tal comentário. Igualmente, considerou esse fato como um descaso da equipe médica quanto ao seu tratamento.

3ª Unidade de Sentido: Qualidade do tratamento.

Entrevistado 4: “Medicações são melhores que em outros lugares...” / “o mais importante está sendo a desintoxicação aqui (...) no CAPS vai ser mais importante depois.”

Entrevistado 16: “Estou aliviado de estar aqui, mas fico muito ansioso principalmente com os exames. Mas é bom que eles investigam tudo.”

Entrevistado 12: “Aqui eu descobri que sou diabético também, porque eles fazem exame de tudo.”

Diário de Campo: Apesar de alguma ansiedade com as descobertas, sentem confiança no tratamento e no interesse da equipe médica. Referem que é a primeira experiência nesse sentido: pesquisar, investigar, examinar e rastrear patologias físicas e psíquicas simultaneamente e no mesmo local.

4ª Unidade de Sentido: Acolhimento.

Entrevistado 1: “E a disponibilidade da enfermagem cuidando de uma pessoa que nem é seu parente...” Ressalta disponibilidade e simpatia: “não tem ninguém de rosto franzido.”

Entrevistado 2: “(...) mas nunca fui tão bem tratado como aqui.”

Entrevistado 3: “Por mim eu ficava por aqui mesmo. Tão bom. O tratamento, o cuidado. Comida certinha, descanso.”

Entrevistado 5: “As enfermeiras são todas legais, parecem nossas mães,

cuidando o tempo todo...”

Diário de Campo: A boa infraestrutura hospitalar e o desempenho dos profissionais, da enfermagem principalmente, dão a sensação de bem-estar, de intimidade, como se fizessem parte da família desses cuidadores.

5ª Unidade de Sentido: Preconceito e negligência.

Entrevistado 12: “Quando eu cheguei aqui, me perguntaram ‘mas de novo?’, sim, de novo! Eu também não gosto desse tipo de graça.” / “O chato é com o pessoal da noite. Quando não gostam do paciente, deixam pra dar a medicação tarde.”

Entrevistado 13: “Eu senti preconceito sim. (...) Mas teve uma enfermeira mesmo que chegou pra mim e disse que eu estou nessa situação porque sou ‘fraco’. Eu falei que ela deveria falar isso pro psiquiatra ou pro psicólogo, que iam dizer a ela que ela é ignorante. Porque isso é uma doença como outra qualquer. Aí ela ficou com raiva de mim e me tratando mal, botando soro errado.” / “Eu acho que aqui podia melhorar dando uma aula sobre respeito para os profissionais. Porque eles são pessoas boas, mas não entendem o que está acontecendo na nossa cabeça. Eles tratam muito bem os doentes, mas não os doentes da cabeça. Acham que é safadeza, que a gente tá assim porque quer.”

Entrevistado 16: “Eu sou tratado bem, mas por algumas equipes. Tem umas que deixam a desejar. Tive uns aborrecimentos.” / “Não senti preconceito. Até porque eu evito falar do meu problema e acredito que eles também não falam pra ninguém. Na minha cabeça isso ainda é muito confuso. Só quem sabe é a equipe de saúde.”

Entrevistado 4: “Eu acho que as outras pessoas que tão do meu lado não sabem do meu problema. Assim, a enfermagem e os médicos sabem, né? Mas os pacientes acho que não. Porque quando sabem, ficam olhando, né, escondendo as coisas. Mas até agora isso não tá acontecendo, graças a Deus.”

Diário de Campo: Apesar de os profissionais serem bem treinados, o preconceito, frequentemente percebido, inclusive de diferentes modos, levou a um comportamento negligente e desumano pela equipe, relatado pelos entrevistados. Além disso, alguns pacientes relatam que não sentiram preconceito, mas que o motivo pelo qual estão ali – a desintoxicação – é um tema não abordado, um tabu, o que termina por confirmar aquilo que negado, obviamente, não desaparece.

6ª Unidade de Sentido: Compreensão e comunicação.

Entrevistado 3: “Não é todo mundo que entende o que eu falo não. Mas ele (o médico) me entende. Ele entende o que eu falo e eu entendo o que ele fala.”

Diário de Campo: É frequente os pacientes sentirem que não são compreendidos, até mesmo quem se dispõe a ajudar, aconselha às vezes de modo completamente inadequado. O treinamento e a disposição da equipe permitem uma comunicação fluida e calorosa. A preocupação inicial em caracterizar a amostra por gênero e droga de escolha não mostrou relevância. Na verdade, os usuários, de uma maneira geral, pontuaram nas diversas Unidades de Sentido identificadas.

A grande maioria dos entrevistados referiu uma relação bastante satisfatória com

a Instituição onde foi realizada a pesquisa. Foram muitos os adjetivos elogiosos tanto em relação à infraestrutura quanto em relação à equipe. Ficou muito clara a sensação de acolhimento e o reconhecimento da importância da desintoxicação nos Leitos Integrais para a continuidade do tratamento. Era unânime a vontade de se curar e de buscar ajuda para acompanhamento após a desintoxicação nos leitos.

A nota desagradável ficou por conta do preconceito. Podemos observar nos relatos que o preconceito – às vezes disfarçado - foi o grande responsável por condutas inadequadas e negligentes. Infelizmente, os pacientes relataram que situações como esta também são recorrentes nas demais instituições onde buscam atendimento, sendo o preconceito, portanto, um problema presente tanto nos Leitos Integrais quanto em outras unidades de saúde que cuidam de pacientes usuários de drogas. No Diário de Campo, foi registrado que alguns dos entrevistados tratam este comportamento por parte da equipe de saúde e dos demais pacientes como algo habitual, com o qual estão acostumados, embora não se sintam confortáveis.

Deve ser ressaltada a satisfação da clientela em ter, no mesmo local, acompanhamento clínico, psicológico e social. Grande parte dos entrevistados enfatizou como sendo parte do bom tratamento o fato de serem atendidos de forma integral. O sentimento foi de respeito, interesse e integridade.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, foram obtidas conclusões as quais nos permitem afirmar a importância do Programa de Leitos Integrais para a clientela. Foi unânime o reconhecimento tanto para o momento da desintoxicação quanto para a continuidade no sistema CAPSad. Muitos dos pacientes, inclusive, chegaram ao IMIP através dos CAPSad e estavam cientes da necessidade do retorno ao CAPS após o internamento.

A associação entre Clínica Médica, Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social foi bastante comentada como algo inovador e característico desse modelo. Sendo a desintoxicação um momento de intensa crise, um ambiente acolhedor e compreensivo foi comentado como fundamental para conscientizar-se de suas próprias dificuldades e planejar o tratamento em sequência.

Lamentavelmente, o preconceito - inclusive pelos profissionais de saúde - pode colocar todo esse esforço em risco. Portanto, fica claro que tal situação deve ser urgentemente remediada, inclusive foi sugerido por um dos entrevistados que houvesse palestras sobre esta temática voltada para os profissionais.

Foi observada de forma bastante clara a importância deste Programa e a necessidade urgente de ampliação do mesmo para outras Unidades de Saúde. No período da realização da pesquisa e entrevistas, foi observada a grande dificuldade de responder à demanda – uma vez que alguns pacientes necessitavam de um período mais longo de internamento para desintoxicação, ocupando os leitos por um

tempo maior do que o previsto no projeto. Desta maneira, a demanda é maior que a quantidade de leitos disponibilizada – presentes em apenas dois Hospitais na cidade do Recife.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R.(Orgs.) **Tratamentos farmacológicos para dependência química**: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUAILIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: A. DIEHL; D. C. CORDEIRO; R. LARANJEIRA (Orgs). **Dependência Química**: prevenção, tratamento e políticas públicas, 2011.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GADAMER, H.G. Hegel, Husserl e Heidegger. Tradução de Marco Antônio Casanova. Petrópolis: Vozes, 2012

GADAMER, HG. **Verdade e Método**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Fim de século, 2012.

LAPORTE, A.M.A.; VOLPE, N. **Existencialismo**: uma reflexão antropológica e política a partir de Heidegger e Sartre. Curitiba: Juruá, 2009.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. **O Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RICHARSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

UWE, F. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

A INFLUÊNCIA DA MÚSICA PERSONALIZADA SOBRE PORTADORES DE DEMÊNCIA RESIDENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Wilson Andrade Carvalho Junior

Universidade do Sul de Santa Catarina,
Faculdade de Medicina,
Palhoça – Santa Catarina

Daiana Ferreira Malaquias

Centro Geriatrico Lar São Francisco de Assis,
Departamento de Psicologia,
Santo Amaro da Imperatriz – Santa Catarina

Leksander Lohn Macedo

Universidade do Sul de Santa Catarina,
Faculdade de Medicina,
Palhoça – Santa Catarina

André Junqueira Xavier

Universidade do Sul de Santa Catarina,
Faculdade de Medicina,
Palhoça – Santa Catarina

RESUMO: A demência é uma causa bem conhecida de incapacidade e impacto social negativo. Diversos estudos têm demonstrado resultados positivos da música em portadores de demência. O presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da música em portadores de demência. Foi realizado estudo piloto de intervenção não randomizado e não controlado com cinco portadores de demência institucionalizados em centro geriátrico. À cada participante, uma escuta de listas de músicas personalizadas foram realizadas em 05 sessões de 30 minutos cada ao longo de 02 semanas.

Nos momentos pré e pós-intervenção, foi avaliado o estado geral e aplicado o CDR. Após a intervenção: todos participantes apresentaram melhoria do estado geral; 20% mantiveram pontuações do CDR e 80% apresentaram diminuição de pontuações do CDR. A música demonstrou-se, no tratamento de portadores de demência, uma intervenção de baixo custo e segura, e ainda associada a efeitos positivos significativos mesmo a curto prazo.

PALAVRAS-CHAVES: Demência; Música; Cognição.

ABSTRACT: Dementia is a well-known cause of disability and negative social impact. Several studies have shown positive results of music in people with dementia. The present study aimed to evaluate the influence of music on patients with dementia. A non-randomized and uncontrolled intervention was carried out in a pilot study for five patients with dementia institutionalized in a geriatric center. To each participant, a playlist of personalized songs were performed for a total of 5 sessions, 30 minute per session, over 02 weeks. In the pre- and post-intervention moments, the general condition was evaluated and the CDR was applied. After the intervention: all participants presented improvement over the general state; 20% maintained CDR scores and 80% presented CDR scores. Regard the treatment of patients with dementia, music has

been shown as a low cost and safe intervention, and still associated with significant positive effects even in the short term.

KEYWORDS: Dementia; Music; Cognition.

1 | INTRODUÇÃO

Reconhecida como uma das principais causas de incapacidade e dependência de cuidados entre a população geriátrica, a demência tem apresentado, nos últimos anos, aumento notório em taxas de incidência e de prevalência. Segundo a OMS, em nível mundial, atualmente, existem 47.5 milhões de portadores de demência, e há cada ano incidem 7.7 milhões novos casos de demência, o que corresponde a um novo caso de demência há cada 4 segundos.

Diversos estudos têm demonstrado que a escuta de música permite aos portadores de demência grandes benefícios: maior socialização; melhora do bem-estar; maior responsividade a familiares e equipe de saúde; melhoria na coordenação e em funções motoras; e controle de estados de agitação, de ansiedade e de depressão. Em portadores de demência, a escuta de música desacelera a deterioração de funções cognitivas, e estados de agitação são mais prevalentes durante o emprego da assistência médica tradicional comparado ao emprego de sessões de música. O presente estudo teve como objetivo avaliar a influência de listas de músicas personalizadas em um grupo insitucionalizado e portador de demência.

2 | MÉTODO

Foi realizado um estudo piloto de intervenção - não randomizado e não controlado – em portadores de demência durante o período de Novembro de 2016 à Janeiro de 2017. Foram inclusos no estudo, indivíduos institucionalizados em centro geriátrico, com 60 anos ou mais, portadores de algum tipo de demência, sem restrição de escolaridade ou grau de dependência. Foram excluídos do estudo portadores de surdez. O presente estudo atendeu aos princípios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa.

Por meio de entrevistas aos idosos e respectivos responsáveis, informações sobre as preferências musicais foram coletadas para a montagem das listas de músicas personalizadas. Estas listas de músicas personalizadas foram então empregadas aos participantes – com auxílio de ipods e de fones de ouvido individuais - em 05 sessões de 30 minutos cada ao longo de 02 semanas. O estado geral foi avaliado, tanto no momento pré-intervenção como no momento pós-intervenção, pela equipe médica juntamente com serviço de psicologia e equipe de enfermagem que prestava cuidados diretos aos participantes do estudo, e englobava o estado emocional (tristeza, alegria,

agitação, serenidade, agressividade, medo, raiva, melancolia) e estado cognitivo (linguagem/capacidade comunicativa, hipoatividade, autonomia, socialização, estado de alerta, orientação, praxia e capacidade/performance em atividades na instituição).

Para cada participante também foi aplicado o Clinical Dementia Rating (CDR) nos momentos pré e pós intervenção. Os resultados obtidos no presente estudo foram submetidos a análise descritiva. Estes foram interpretados através de análise univariada, da frequência absoluta e da frequência relativa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Um total de 05 participantes foram submetidos a intervenção no presente estudo piloto. Destes, 4 (80%) eram do sexo feminino e 1 (20%) era do sexo masculino. De todo o grupo estudado, 4 (80%) eram brancos e 1 (20%) era pardo. A idade média dos participantes, variando desde 77 anos (idade mínima) até 91 anos (idade máxima), foi de 87.4 anos. Enquanto a escolaridade, a média de anos de estudo dos participantes foi de 9.6 anos (mínima de 5 anos e máxima de 16 anos).

Nenhum participante apresentava história pregressa de tabagismo ou etilismo. Apenas 1 (20%) participante apresentava história familiar de demência, e 02 (40%) participantes apresentavam doença de Parkinson. Enquanto a história clínica de doenças psiquiátricas, 02 (40%) participantes apresentavam depressão.

Todos (100%) os participantes do estudo eram portadores de demência de Alzheimer (DA), sendo que 02 (40%) participantes além da DA também eram portadores concomitantes de demência de Parkinson. (DP). O tempo médio do qual o grupo estudado era portador de demência foi de 6.6 anos.

No momento pré-intervenção, 03 (60%) participantes apresentavam deterioração do estado geral devido a história natural da demência, enquanto que 02 (40%) participantes não apresentavam mudanças no estado geral. Todos os 03 (60%) participantes que apresentavam piora do estado geral no momento pré-intervenção, após 02 semanas de intervenção já apresentaram melhora do estado geral. Do mesmo modo, todos 2 (40%) participantes que apresentavam-se sem mudanças do estado geral no momento pré-intervenção, após 2 semanas de intervenção já apresentaram-se com melhora do estado geral.

Conforme ilustrado na tabela 1, no momento pré-intervenção, 4 (80%) participantes apresentavam-se classificados com o Global score 3, e 1 (20%) participante em Global score 1, sendo que no momento pós-intervenção apenas 1 (20%) participante ainda apresentava-se com o Global score 3.0, os demais já apresentavam-se em Global score 2 (40%) ou em Global score 1 (40%). Deste modo, apenas 1 participante (20%) não apresentou variação do Global score após a intervenção, os demais participantes apresentaram redução de 2 pontos (40%) ou 1 ponto (40%) no global score. Da mesma maneira, o mesmo participante (20%) que manteve o Global score durante todo o estudo, também apresentou o mesmo SOB em ambos os momentos do estudo – os

demais participantes (80%) apresentaram redução do SOB após a intervenção. Em síntese, nenhum participante apresentou piora de pontuações do Global score ou do SOB, 1 participante (20%) manteve estas pontuações ao longo do estudo, e os demais participantes (80%) apresentaram diminuição tanto do Global score quanto do SOB score.

Participante do estudo	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	Global Score	Sum of Boxes (SOB)	Global Score	Sum of Boxes (SOB)
Participante 1	3.0	14	2.0	11
Participante 2	2.0	14	1.0	8.0
Participante 3	3.0	18	3.0	18
Participante 4	3.0	18	2.0	12
Participante 5	3.0	15	1.0	8.5

Tabela 1 Pontuações do CDR (Global score e Sum of boxes score) observadas nos participantes em ambos momentos do estudo.

4 | CONCLUSÕES

A música demonstrou-se uma intervenção não farmacológica de baixo custo, segura, e associada a efeitos positivos significativos no estado geral e cognitivo de portadores de demência. Porém, devido ao tamanho amostral reduzido do presente estudo, faz-se necessário a reprodução do mesmo em grupo amostral de maior relevância estatística afim de melhor elucidar o real potencial da música em portadores de demência.

5 | AGRADECIMENTOS

Ao Programa Unisul de Iniciação Científica (PUIC) pelo apoio e pelo financiamento prestado ao presente estudo.

REFERÊNCIAS

Alzheimer's association. **2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures**. *Alzheimers Dement*. 2017; 13:325-373.

Alzheimer's Disease International. **World Alzheimer's Report 2015. The global impact of Dementia**. An analysis of prevalence, incidence, costs and trends. London. 2015; 1-82.

Chu H, et al. **The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study**. *Biol Res Nurs*. 2014; 16: 209–217.

Matthews S. **Dementia and the power of music therapy**. *Bioethics*. 2015; 29(8): 573-9.

Guetin S, et al. **Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's**

Type Dementia: Randomised, Controlled Study. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2009; 28 (1): 36–46.

Raglio A, et al. **Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia.** Alzheimer Disease and Associated Disorders. 2008; 22 (2): 158–162.

Ridder HM, et al. **Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial.** Aging Ment Health. 2013; 17: 667–78.

Svansdottir HB, Snaedal J. **Music Therapy in Moderate and Severe Dementia of Alzheimer's Type: A Case-Control Study.** International Psychogeriatrics. 2006; 18(4): 613–21.

Vasionyte I, Madison G. **Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis.** J Clin Nurs. 2013; 22: 1203–16.

Wall M, Duffy A. **The Effects of Music Therapy for Older People with Dementia.** British Journal of Nursing. 2010; 19 (2): 108–113.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **Dementia: a public health priority.** 2012; 1-95.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dementia Fact sheets** [Internet]. Geneva; [citado em 2017 Mar 10]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>.

A INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR A CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Mayverson Vicente Alves

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Recife – Pernambuco

Aline Costa Cardoso

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Maceió - Alagoas

Yanna Cristina Moraes Lira Nascimento

Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió - Alagoas

Andréa Rose de Albuquerque Sarmiento Omena

Núcleo de Atendimento a Crianças com Necessidades Especiais – NACE. Maceió – Alagoas

experiência de graduandos de Enfermagem ao facilitarem grupos terapêuticos com crianças que possuem TEA durante o estágio não obrigatório em uma clínica de assistência especializada, numa capital do Nordeste. Com base no Processo de Enfermagem as atividades foram divididas em cinco etapas: Histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenção e avaliação. Conclui-se que, diante do crescente número de casos de crianças com transtorno do espectro autista, se faz necessário o conhecimento pelos profissionais de saúde a respeito desse assunto, pois, possivelmente o profissional irá se deparar com uma pessoa com TEA nos diferentes níveis de atenção, seja ele na atenção primária até terciária.

PALAVRAS-CHAVE: Autismo Infantil; Enfermagem; Autocuidado.

ABSTRACT: Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by a neurobehavioral syndrome with disorders in the central nervous system which affects the child's development. The symptoms appear within the three first years of life and involve three wide areas: social, behavioral and communication. This work aims to describe the caring procedures developed by nursing students, along with the multi professional team dealing with ASD children, in a specialized clinic. It is a report on the

RESUMO: O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) caracteriza-se por uma síndrome neuro-comportamental com alterações no sistema nervoso central que afeta o desenvolvimento da criança. Os sintomas ocorrem nos três primeiros anos de vida e envolvem três grandes áreas: social, comportamental e comunicação. Esse trabalho, tem como objetivo descrever as práticas de cuidado realizadas por acadêmicos de enfermagem, junto a equipe multiprofissional às crianças com TEA, em uma clínica especializada. Trata-se de um relato de

experience of nursing students facilitating therapeutic groups with ASD children during a non-mandatory training in a specialized caring clinic in a capital city in northeastern Brazil. Based on nursing procedures, the activities were sorted into five stages: nursing history, nursing diagnostics, planning, intervention and evaluation. As a result, we may conclude that due to the increasing number of children affected by ASD, it is crucial that health related professionals are aware of this condition, since they will probably be dealing with patients with different ASD levels, from the primary to tertiary cares.

KEYWORDS: Child autism; nursing; self care.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) caracteriza-se por uma síndrome neuro-comportamental com alterações no sistema nervoso central que afeta o desenvolvimento da criança. Os sintomas ocorrem nos três primeiros anos de vida e envolvem três grandes áreas: social, comportamental e comunicação (GALVÃO, 2018).

Apresenta características como: dificuldade para estabelecer vínculos com pessoas ou situações afetando o convívio social, alterações na comunicação e linguagem, baixa tolerância a sons fortes, evidência de movimentos estereotipados, repetição de atitudes e fixação por determinadas partes de um objeto (FERNANDES, 2018).

O TEA não tem uma etiologia específica, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo como anomalia anatômica ou fisiológica do SNC; problemas inatos, predeterminados biologicamente. Fatores de risco psicossociais também foram associados. Nas diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sintomas podem estar ou não presentes, mas as características de isolamento e imutabilidade de condutas estão sempre presentes (BRASIL, 2014).

Dados epidemiológicos internacionais indicam uma maior incidência de TEA no sexo masculino, com uma proporção de cerca de 4,2 nascimentos para cada um do sexo feminino. A prevalência mundial estimada é de uma criança com TEA em cada 88 nascimentos. No Brasil, os estudos epidemiológicos são escassos, ainda assim, estima-se uma prevalência de aproximadamente 500 mil pessoas com autismo, baseando-se no Censo de 2000. Porém, devido à pouca abrangência de estudos, não existem ainda estimativas de prevalência confiáveis em nosso país (BRASIL, 2014).

De acordo com González (apud CARVALHO et al, 2012), além das características mais comuns percebidas nas pessoas com TEA, como déficit no desenvolvimento da linguagem e interação social, ainda há uma série de distúrbios físicos, como desequilíbrios gastrointestinais, hábitos alimentares seletivos, produção diminuída de enzimas digestivas, inflamações da parede intestinal, e a permeabilidade intestinal alterada (CARVALHO, 2012).

O TEA para a Medicina continua a ser um enigma que afeta, profundamente,

quem dele sofre e quem os rodeiam: a família (NOGUEIRA, 2011). Por isso, é nesse contexto que se insere o cuidado como essência da prática de enfermagem favorável à relação de ajuda, que possibilita orientar os pais em relação aos sinais e sintomas que afetam seus filhos, auxiliando-os em suas dificuldades cotidianas e estimulando-os a reproduzirem práticas de autocuidado.

Para este cuidado, a Enfermagem constrói um processo interpessoal na sua prática assistencial, empregando teorias do comportamento humano e da assistência integral como fundamento científico, através de ações de prevenção, promoção, reabilitação e (re)inserção social às pessoas com Transtornos Mentais (NOGUEIRA, 2011).

Conforme a teoria das relações interpessoais de Peplau, a enfermagem é um processo interpessoal terapêutico, através da relação enfermeiro-paciente, para conseguir ajudar a atingir a maturidade e facilitar uma vida criativa, construtiva e produtiva. Deste modo, este processo de relação enfermeiro-paciente de Peplau passa por quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução (MADEIRA, 2010).

Na perspectiva de Orem, os sujeitos são agentes de autocuidado que se diferenciam dos outros seres vivos, porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmos, bem como, de desenvolverem ou participarem de seu próprio cuidar. Sob esta ótica, os indivíduos devem ser autossuficientes e também responsáveis pelas suas próprias necessidades de cuidados, ou satisfazer as necessidades de outras pessoas na família que não são capazes de cuidarem de si próprias (RAIMONDO, 2012).

Assim, esse trabalho tem como objetivo descrever as práticas de cuidados realizados por acadêmicos de enfermagem, junto a uma equipe multiprofissional às crianças com TEA, em um serviço especializado.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência de graduandos de Enfermagem ao facilitarem grupos terapêuticos com crianças que possuem TEA durante um estágio não obrigatório em uma clínica de assistência especializada, numa capital do Nordeste. A experiência ocorreu no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, após a seleção de dois estagiários, que tinham como uma de suas atribuições práticas, a facilitação de grupos com crianças supervisionados pela enfermeira da instituição.

O grupo foi composto por seis crianças com TEA que possuíam autorização dos pais e disponibilidade nos horários das quintas ou sextas-feiras a tarde para participarem dos encontros. Após seleção das crianças foram realizadas reuniões com os pais com o objetivo de promover um diálogo individualizado com estes para apresentação da projeto, orientações e esclarecimento de dúvidas em relação ao grupo. Os encontros ocorreram semanalmente. As crianças selecionadas foram inseridas no

grupo independentemente do grau de comprometimento intelectual, de alterações no comportamento e na linguagem.

2.1 Descrição do Cenário

A clínica realiza mais de 2000 procedimentos todos os meses, com o objetivo de dar apoio e tratamento a crianças especiais. Seu público alvo são crianças de 0 a 16 anos de idade que apresentam algum tipo de necessidade especial, como, Paralisia cerebral, Síndrome de Down, Alterações de fala, Distúrbios de aprendizagem, Distúrbios de atenção, Hipercinéticas, Amputações congênitas, Atraso no desenvolvimento psicomotor, Epilepsia e crianças com Transtorno do Espectro do Autismo.

O atendimento nesse serviço era compartilhado por uma equipe multiprofissional, logo, cada profissional executava uma função em benefício a clientela. A equipe continha profissionais das áreas de: Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Pedagogia e Enfermagem.

O papel da enfermeira era à coordenação do grupo multiprofissional, buscando inovações para a equipe, propondo novas atividades e facilitando sua implementação. Nesse contexto, foram selecionados estagiários de enfermagem para atuarem juntos com a equipe multiprofissional, com a função de facilitar a criação de um grupo de autocuidado para crianças com TEA já atendidas no serviço.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Para organizar as atividades realizadas pela enfermagem é fundamental a implantação de marco conceitual que fundamente as atividades, por isso utilizou-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que requer uma metodologia para ser implantada. O método que pode ser utilizado para colocar a teoria em prática é o Processo de Enfermagem, e para aplicá-lo é necessário seguir algumas etapas como: coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação do cuidado de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos.

Com isso, o grupo facilitado pelos graduandos de enfermagem teve como objetivos, estimular as atividades de vida diária visando a independência da criança; a integração da família nas atividades propostas, e com isso incentivá-los a desenvolver atividades similares em casa; Promoção da interação entre as crianças, assim como entre os profissionais e os estudantes, contribuindo para a socialização destes.

Com base no Processo de Enfermagem, as atividades foram divididas em cinco etapas, descritas a seguir:

3.1 Histórico de Enfermagem

Consistiu como a primeira etapa das atividades realizadas, sendo o primeiro passo para a determinação do estado de saúde da criança. Como parte dessa etapa

foi realizada a consulta de enfermagem através da anamnese, tendo como instrumento uma ficha padronizada que continha informações da criança (Identificação, histórico da doença atual, hábitos de vida, histórico familiar, exame físico e características comportamentais) com o propósito de identificar as necessidades, os problemas e as preocupações da criança e da família.

3.2 Diagnósticos

A partir dos dados coletados, houve uma análise e interpretação criteriosa das informações, onde foram listados os problemas reais e potenciais que interferiam na saúde e bem-estar de cada criança, conforme demonstrado no Quadro 1:

Malnutrição atual em criança
Processo do sistema gastrointestinal comprometido em criança
Socialização comprometida em criança
Comunicação verbal comprometida em criança
Autocuidado comprometido em criança
Dentição comprometida em criança
Risco de Stress por Mudança de Ambiente presente em criança

Quadro 1 – Principais diagnósticos de enfermagem encontrados em um grupo de crianças autistas –Maceió – 2014.

Fonte: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

3.3 Planejamento

Entendendo as necessidades do indivíduo como um ser integral, que necessita de um olhar multidisciplinar, estimular as atividades de vida diária visando a independência da criança passa a ser um aspecto fundamental, por isso o planejamento foi realizado com a participação dos profissionais de Enfermagem e Acadêmicos, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Pedagogia.

3.4 Intervenção

Para estruturar as intervenções a serem trabalhadas no grupo, foi elaborado um plano diário de atividades, conforme é mostrado no quadro 2:

HORA	ATIVIDADE
14:00	Acolhimento das crianças com musicalização
14:15	Preparação de Massa de Modelar com cheiro–Pintura de desenhos – Jogos Educativos
14:45	Higienização das mãos
14:55	Lanche
15:10	Escovação dos dentes
15:20	Despedida das atividades

Quadro 2 – Cronograma das Atividades Desenvolvidas com as Crianças

Fonte: Autores

Dentre os desafios encontrados nessa proposta de atendimento, um dos mais relevantes foi a adaptação da criança na sala, que para ela houve uma mudança na sua rotina, que anteriormente se dirigiam às salas dos profissionais e eram atendidas individualmente por cada um deles. Como a criança com TEA apresenta uma resistência à mudança, isso também foi um desafio para equipe, já que nossa proposta foi o atendimento dessas crianças juntas em uma única sala, onde os profissionais se faziam presentes na sala, cada um em seu respectivo horário.

Partindo desse desafio, a estratégia utilizada foi a musicalização para promover o conforto e a adaptação da criança ao novo ambiente realizando um acolhimento, que além dos benefícios citados anteriormente proporcionou a socialização entre as crianças, o que é uma dificuldade muito comum encontrada nesse público.

Partindo do princípio de que promover o autocuidado é tornar o indivíduo independente, agente do seu próprio cuidado. Para a promoção das ações de autocuidado foram necessárias estratégias prévias, como a pintura de figuras e musicalização relacionadas ao tema (escovação dos dentes e higienização das mãos) para o reconhecimento das crianças aos objetos a serem trabalhados. Essa estratégia contou ainda com a demonstração da escovação, por meio de bonecos e em seguida eram estimulados a realizarem a atividade.

A alimentação da criança tem papel fundamental em seu desenvolvimento, pois lhe fornece suporte nutricional, proporcionando ainda um mundo de descobertas, texturas e sabores. Com relação à criança com TEA, foi encontrado o desafio da seletividade alimentar, causando resistência para a aceitação de alguns alimentos.

Dentre os diagnósticos levantados, os que se relacionavam à alimentação foram os que apresentavam maiores leques de possibilidades para intervenções. Com isso, as estratégias adotadas foram divididas da seguinte maneira: No primeiro contato, os alimentos foram apresentados a criança através de figuras, músicas e vídeos educativos sobre o assunto. No segundo contato foram trabalhados os sentidos da criança (tato, olfato e paladar), através da preparação de massa de modelar com cheiro.

O terceiro contato envolveu a participação das crianças na preparação de alimentos. Deixar a criança auxiliar no preparo do alimento pôde despertar o interesse e a sua curiosidade e para incrementar esse momento foram utilizadas receitas coloridas e saudáveis, através do meio lúdico para deixar as atividades mais atrativas.

3.5 Avaliação

Segundo Tanurre e Gonçalves (2008), a avaliação de Enfermagem consiste na quinta etapa do processo de enfermagem, que consiste nos resultados do cuidado prescrito ao cliente. Por meio de anotações no próprio prontuário ou locais próprios, da observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como um relato do cliente ou da família.

Com a execução das intervenções e no decorrer das atividades foi observado um avanço no padrão alimentar das crianças após a oferta e substituição de alguns alimentos. No entanto, as atividades realizadas nos atendimentos necessitaram ter uma continuidade no ambiente familiar para que pudessem ser inseridas no cotidiano das crianças.

No decorrer das atividades de socialização (pintura, musicalização e jogos educativos) foi observado uma interação entre as crianças. Elas, que antes de ingressarem no grupo não mantinham contato visual e nem demonstravam interesses por outras pessoas, passaram a se relacionar, interagir e compartilhar durante os jogos educativos em dupla.

De acordo com Tanurre e Gonçalves (2008), os resultados obtidos nem sempre correspondem aos resultados esperados, pois, devido à gravidade e à complexidade do caso podem ter ocorrido fatores inerentes aos cuidados de enfermagem que tenham impossibilitado o alcance do resultado esperado. Sendo assim, nem todas as crianças apresentaram melhoras nos campos trabalhados, porém demonstraram melhor aproveitamento enquanto atendidas individualmente.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante do crescente número de casos de crianças com TEA, se faz necessário o conhecimento pelos profissionais de saúde a respeito desse tema, pois, possivelmente o profissional irá se deparar com esse cliente nos diferentes níveis de atenção. Há então, a necessidade do contato com essa temática na graduação para que se possa prestar uma assistência de qualidade à criança e sua família, entendendo a especificidade e peculiaridade de cada caso.

As atividades do referido grupo complementaram a formação dos estudantes, proporcionando uma experiência acadêmico-profissional através de vivências nos campos de prática do enfermeiro no ambiente clínico, estabelecendo uma relação entre a teoria e a prática profissional, refletindo sua aprendizagem no trabalho cotidiano do enfermeiro no serviço de atenção à crianças com TEA. Desenvolvendo habilidades técnico-científicas no campo do autocuidado a esse público, bem como: planejar e executar o cuidado através da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Os resultados obtidos com o grupo foram percebidos tanto pela família como pela equipe profissional, através do interesse demonstrado pela criança em realizar as atividades sem auxílio ou de forma mais independente, confirmando que os hábitos foram bem inseridos à sua rotina.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO J. A. et. al. **Nutrição e autismo: considerações sobre a alimentação do autista**. Araguaína: Revista Científica do ITPAC, v.5, n.1, Pub.1, janeiro 2012.

FERNANDES, A. F. F; GALLETE, K. G.C.; GARCIA, C. D. **A importância do cuidado de enfermagem diante do paciente com espectro autista**. Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa, v. 33, n. 65, p. 33-44, jun. 2018. ISSN 0104-8112. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/89>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

GALVÃO, P.G; MARÍA, D. et al. **O enfermeiro e a família da criança com perturbação do espectro do autismo**. International Journal of Developmental and Educational Psychology (Revista INFAD de Psicología). [S.l.], v. 3, n. 1, p. 279-286, maio 2018. Disponível em: <<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1274/1104>>.

MADEIRA, T. R. **A Teoria de Hildegard Peplau: Teoria das Relações Interpessoais**. Bolonha: Universidade de Évora, 2010.

NOGUEIRA, M. A. A. & Rio, S. C. M. M. **A família com criança autista: apoio de enfermagem**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 5, 16-21, 2011.

RAIMONDO M.L, et al. **Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa**. Rev Bras Enferm, Brasília; 65(3): 529-34, 2012.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **O Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

A PSICOLOGIA E A ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO: REFLEXÕES PARA A INOVAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Edilane Nunes Régis Bezerra

Psicóloga, Pesquisadora, Mestre em Psicologia pela UFRN e Doutora em Psicologia Social pela UFPB

João Pessoa – Paraíba

Alessandra Patrícia de Araújo Dantas

Psicóloga, Especialista em Direitos Humanos, Pesquisadora Colaboradora do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Costa do Sol/PB

João Pessoa – Paraíba

RESUMO: A inserção do psicólogo no campo das políticas públicas de saúde mental no Brasil é um movimento recente, tendo ganhado mais expressividade nos últimos anos. Estratégias para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território, bem como a expansão destes serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Este trabalho objetiva compreender a atuação dos profissionais da psicologia dentro do atual modelo de atenção em saúde mental. Foi realizado um estudo qualitativo, com a utilização da técnica de entrevistas semiestruturada, tendo como participantes da pesquisa 05 psicólogos/as do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad), de um município paraibano, enquanto método de análise empregou-se a análise temática, proposta por Minayo (2010). Os resultados

apontam que: Os CAPS precisam funcionar de forma articulada com a rede de serviços de saúde, assumindo um papel estratégico nessa articulação e no constante tecer da rede. Os serviços substitutivos não dão conta da saúde mental, por isso a atenção básica deveria entrar para ampliar a cobertura em saúde mental. Sabe-se que o CAPS ocupa um lugar estratégico, de reordenar a saúde mental no território. Contudo, percebe-se a importância de se trabalhar no território, não se limitando ao espaço físico do CAPS. Ademais, é essencial a articulação com a rede de saúde como um todo e com a comunidade, desempenhando uma assistência integral; Possibilitando a troca de saberes e de experiências, além do assessoramento às unidades básicas de saúde. **PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: The insertion of the psychologist in the field of public mental health policies in Brazil is a recent movement, having gained more expressiveness in recent years. Strategies for the organization of the mental health care network in a given territory, as well as the expansion of these services was fundamental to change the scenario of mental health care in Brazil. This work aims to understand the performance of psychology professionals within the current model of mental health care. A qualitative study

was carried out using a semi-structured interview technique, with psychologists from the Psychosocial Attention Center (CAPS ad) of a municipality of Paraíba as a method of analysis. The thematic analysis, proposal by Minayo (2010). The results indicate that: CAPS must function in an articulated way with the network of health services, assuming a strategic role in this articulation and in the constant weaving of the network. Substitute services do not account for mental health, so primary care should go in to expand mental health coverage. It is known that the CAPS occupies a strategic place, to reorder the mental health in the territory. However, one can see the importance of working in the territory, not limited to the physical space of the CAPS. In addition, it is essential to articulate with the health network as a whole and with the community, performing integral care; Enabling the exchange of knowledge and experiences, as well as advice to basic health units.

KEYWORDS: Mental Health, Psychosocial Attention, Psychiatric Reform.

1 | INTRODUÇÃO

Todos os serviços substitutivos criados a partir da legislação regulamentadora da Reforma Psiquiátrica concorrem para a superação do modelo hospitalocêntrico, primeiro passo para a desospitalização. Mas, não dão conta de um processo mais profundo, lento e difícil que se refere à desinstitucionalização das práticas tradicionais associados aos modos de olhar, conceber e cuidar do transtorno mental.

A reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo (óbvio que este dilema não estaria colocado desta mesma maneira para a saúde coletiva, particularmente quando tomada como prática social concreta). Sugere-se a adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto (CAMPOS, 2000). No Brasil, a atual política pública de saúde mental garante que a maior parte dos recursos financeiros seja destinada à estruturação de programas e serviços alinhados às propostas de desconstrução do modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, dentre outros (BRASIL, 2007). Essa realidade se deve às conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja continuidade e, sobretudo, consistência, requer permanente atenção para grande quantidade de fatores, entre os quais se destacam seu caráter complexo e a exigência da consideração às dimensões epistemológica, social, cultural, jurídica (AMARANTE, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão.

Devido ao papel estratégico que o CAPS ocupa no processo da Reforma Psiquiátrica e na articulação da rede de atenção à saúde mental, aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais. Ademais, mecanismos de indução financeira, pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica são fundamentais. No entanto, é necessário melhorar a articulação desses serviços com atenção básica para que as equipes dos CAPS se desloquem de seus espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica que por sua proximidade com famílias e comunidades, devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Os CAPS podem ser definidos como uma experiência em saúde coletiva ainda em construção. Propõem, através, de suas ações uma intervenção cultural, tendo como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura. Através dele e de outros dispositivos de atenção territorial, a sociedade, que durante toda a existência da Psiquiatria aprendeu que o melhor tratamento e encaminhamento destinado ao louco seria o hospital psiquiátrico, está a partir de então conhecendo outros modos de lidar com a loucura que não a segregação e a exclusão, auxiliando na construção de outras formas que não a institucionalização dessas pessoas. Diferentemente do hospital psiquiátrico, que de acordo com Goffman (2001), impunha uma barreira ao intercâmbio social, às possibilidades de troca com o mundo exterior, o CAPS busca, deseja e, de certa forma, corre ao encontro da “afetação” ou da “incursão” da loucura na sociedade.

Neste sentido, os CAPS se apresentam como um dispositivo de cuidado cujo objetivo é constituir-se como substitutivo ao hospital psiquiátrico e, desta forma, é voltado para a atenção integral ao portador de transtornos mentais. Portanto, visam ao desenvolvimento de projetos de vida, de produção social e a promoção da melhora da qualidade de vida. Tendo como missão estabelecer e tecer laços para além dos serviços de saúde, os CAPS deveriam estar voltados para “fora de si”, pois precisam manter aquecidas suas relações com a cultura local.

Pesquisas afirmam que um dos maiores desafios dos CAPS hoje se situa na sua articulação com outros serviços e setores. Existe uma série de obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços, dentre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais. Como resultado, há uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços e presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção (BEZERRA; DIMENSTEIM, 2008). Os CAPS devem ser um lugar estratégico, de referência e acolhida, onde os usuários encontrem sustentação para criar uma existência pessoal, situada em uma comunidade com a qual se relacionam de modo singular, mas ao substituir o manicômio, não pode se colocar no lugar dele, assumindo o mandato social pela loucura ou pela totalidade da

vida de cada paciente (DIAS, 2011).

O Ministério da Saúde (2018) dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade promovendo assistência integral para diferentes demandas, partindo das mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e procedimentos devem ser baseados em evidências científicas. Esta Política procura promover uma maior integração social, fortalecendo a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes com transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo. Nesse cenário, após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes dos estados (Conselho Nacional de Secretário da Saúde-CONASS) e municípios (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. A iniciativa enfrenta os desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS. Para expandir e qualificar a RAPS, foi destinado pelo governo federal um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,6 bilhão.

Desta forma, percebe-se uma ampliação da RAPS, que passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV ad, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes. As ações foram construídas conjuntamente entre os gestores do SUS e cerca de 70 entidades, todas conhecedoras da realidade da saúde mental no país (BRASIL, 2018).

No início deste ano de 2018, ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD No 1/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país.

Contudo, este trabalho objetiva compreender a atuação dos profissionais da psicologia dentro do atual modelo de atenção em Saúde Mental, preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, sustentada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2008; ROTELLI et al., 1990; BASAGLIA, 2015). Realizaram-

se visitas ao CAPS ad, como parte integrante da disciplina de Prática Integrativa II, do curso de Psicologia. O estudo envolveu cerca de cinco psicólogos/as do CAPS ad. Utilizou-se entrevistas individuais semiestruturada com os profissionais do serviço. Vale ressaltar que o CAPS ad Álcool e Drogas realiza atendimentos a todas as faixas etárias, é um serviço especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

A condução da entrevista com profissionais do CAPS ad baseou-se em um roteiro de questões semiestruturadas que abordava todo o processo de trabalho do CAPS, atendimento aos usuários, bem como questões concernentes à relação com a rede, interação entre profissionais e formação.

O material empírico foi trabalhado a partir de análise de conteúdo, desenvolvida, primeiramente, por meio de sucessivas leituras flutuantes de todas as transcrições e relatos dos procedimentos adotados. Em seguida, construímos categorias empíricas, pautadas na relevância, intensidade e recorrência dos argumentos dos participantes da pesquisa (MINAYO, 2010).

O referencial teórico utilizado na discussão dos resultados baseou-se nos teóricos da Reforma Psiquiátrica e da Psicologia Social.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por ocupar, dentre os dispositivos de atenção à saúde mental, um lugar estratégico no processo da reforma psiquiátrica, os CAPS poderiam assumir um papel mais ativo na articulação da atenção básica com a saúde mental, atuando como ordenador da rede de cuidados. Observa-se que, apesar da consolidação de novos modos de cuidar em saúde mental, o CAPS sofre as consequências da desarticulação das políticas públicas para o setor nos níveis local, estadual e federal. Tal desarticulação aparece mais claramente na questão do encaminhamento e no sistema de referência e contrarreferência (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

A articulação entre os diversos serviços nos diferentes níveis de atenção também é apontada como uma dificuldade. Os CAPS, que deveriam atuar como articuladores e ordenadores da rede, acabam centralizando a demanda e inserindo-se de forma muito tímida nos territórios e na comunidade. A forma como os serviços estão organizados, portanto, constitui-se em uma grande dificuldade para a atuação frente às demandas de saúde mental.

Assim, percebeu-se, pelos discursos, que a maioria dos trabalhadores do CAPS tem um conhecimento da política de saúde mental e inclusive percebe o lugar do CAPS no interior dessa política. Os aspectos que merecem ser destacados dizem respeito ao envolvimento dos trabalhadores enquanto atores das ações em saúde mental, que exigem uma ampliação do campo de intervenção.

O coordenador do serviço informou que o número de usuários atendidos oscila, é bastante imprevisível. Existem dias que são atendidos pela manhã e à tarde, um total

de 35 usuários. No entanto tem dias que esse número decresce consideravelmente. Para ser atendido o usuário ou responsável apresenta os seguintes documentos: CPF, RG, Cartão do SUS, Xerox de comprovante de residência e duas fotos. Os usuários são acolhidos pela equipe de profissionais para a verificação da demanda a partir da qual será traçado o projeto terapêutico.

Existe um Projeto Terapêutico para os usuários, onde é traçado de acordo com a disponibilidade de horários dos usuários, bem como dos tipos de uso de álcool e/ou drogas ingeridos pelos mesmos. Atualmente o tipo de drogas mais utilizada pelos usuários do serviço, é o crack.

Apesar de também existir evasão. Aqueles que aderem ao tratamento sinalizam o medo de receber alta, tendo o CAPS ad como uma zona de conforto e um local para suprir suas necessidades básicas. Infelizmente, existem usuários que, ao final do horário de atendimento (estadia), não têm para onde ir.

Alguns usuários abandonam o tratamento. O abandono ocorre por vários fatores: a motivação de alguns usuários é apenas dispor de consultas médicas e recebimento de remédios. Outros não se adaptam ao tratamento proposto; também há casos em que o usuário não consegue ficar muito tempo sem o consumo de drogas. Desse modo a entrada de usuários no serviço é bastante variada, não tendo um número fixo. Quando o usuário abandona o tratamento a assistente social faz uma visita para averiguar o que aconteceu com o mesmo e tentar trazê-lo de volta.

Essa realidade não nos exime, entretanto, de lembrar que a ampliação da cobertura de serviços e o acesso a eles, não garante, por si mesma, a superação de práticas calcadas no modelo “queixa-conduta” que, em geral, privam os sujeitos da possibilidade de acesso a cuidados baseados no vínculo e na participação da construção de seus projetos de tratamento, o que gera dependência aos serviços e inchaço destes.

Portanto, colocasse em questão a qualidade da assistência prestada por esses equipamentos e sua competência para ajudar os pacientes a ampliar possibilidades de autocuidado (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Vale ressaltar que os CAPS realmente tem um papel fundamental, de referência na Reforma Psiquiátrica, tendo a incumbência não apenas de tratar das pessoas com transtornos mentais graves, mas também regular a rede no que se refere aos atendimentos de saúde mental e oferecer suporte para que os serviços desenvolvam ações psicossociais (BRASIL, 2004). Entretanto, tal como Leal e Delgado (2007) ressaltam, o cumprimento dessas funções exige a consideração de que o sofrimento e o próprio sujeito que sofre sempre se constituem na relação com o social. Nessa perspectiva, o que diferencia o CAPS do manicômio é a qualidade das suas respostas, inevitavelmente dependente da configuração de redes.

Os usuários dispõem de consultas médicas com clínico geral, psiquiatra e psicólogos. Eles participam de oficinas diversas com pedagogos, psicopedagogos, assistentes sociais, psicólogos e com professor de Educação Física. Além de terem

atendimento com enfermeiros.

As oficinas terapêuticas duram em torno de 40 a 50 minutos. Há oficinas de artesanato, oficinas de reflexão com temas variados, atendimento de escuta psicológica, oficina para a fabricação de sabonete, detergente, amaciante e fabricação de mosaicos com azulejos quebrados. Os produtos fabricados são vendidos em bazar que acontece na própria instituição. O dinheiro é revertido para a compra de material para a própria instituição. Também há oficinas com Professor de educação física nas quintas-feiras, ao ar livre no Parque da Criança. Os usuários também tem o momento de tomar banho de piscina. A psicóloga afirma que deveria diversificar os temas das oficinas de reflexão, para temas que não girassem em torno só da dependência química.

A equipe diz que faz atendimentos individuais, grupoterapia e diversas oficinas, mas não descreve ou nomeia nenhuma delas, com exceção da oficina de teatro e do grupo de família. Também realiza festas e passeios e enfatiza a importância destes, na medida em que os poucos locais de entretenimento da cidade costumam ser desconhecidos pelos pacientes. Entretanto, a frequência dessas atividades é pequena, em função da ausência de transporte e outros recursos, muitos dos quais acabam sendo providenciados por meio da “boa vontade” dos profissionais, que se organizaram, por exemplo, para fazer doações dos alimentos necessários para a festa junina. Nesse sentido, afirmam que “desistiram de pedir [recursos]” à secretaria de saúde, mas “não desistiram de fazer” festas e passeios.

De modo geral, a equipe considera que trabalha para a “melhoria da qualidade de vida dos pacientes”, nomeando sua função como um “trabalho muito assistencial”, que envolve a observação do cotidiano dos usuários, a realização de orientações diversas, inclusive relacionadas à higiene pessoal e à alimentação. Os profissionais destacam que trabalham com as famílias, ajudando-as a reconhecer as necessidades de autonomia e algumas potencialidades dos usuários, além de se manterem atentos aos destinos dados aos benefícios recebidos por estes.

A análise sinalizou que os profissionais de psicologia reconhecem suas competências no serviço, na realização de acompanhamento clínico e na promoção da reinserção social dos usuários, através do acesso e garantia dos seus direitos e no fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Todavia, não é reconhecido pelos profissionais, a atuação como mediadora do direito à saúde, como um direito humano.

Ademais, os resultados revelaram dificuldades enfrentadas pelos profissionais de ordem institucional, diálogo com familiares de usuários, de inabilidade de gerenciar situações, ações coletivas que contribuem para a descontinuidade do atendimento e o reconhecimento da necessidade de formação continuada para os profissionais que atuam nos serviços.

Tem-se a frente um imenso campo de trabalho se quisermos ser profissionais da saúde mental. Não basta concluir um curso de graduação, de acordo com Rotelli (2015), para nos formarmos é preciso modificar as instituições porque elas não estão interessadas nestes objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica; as instituições não

se interessam pelo crescimento da liberdade dos indivíduos, não estão interessadas na emancipação. Deve-se trabalhar rejeitando aquelas instituições que, ao contrário, impedem que nosso corpo seja parte de um corpo social. Reconquistar os espaços de construção social é o que um bom serviço deve fazer. Deve-se partir do pressuposto de que no mundo existem milhões de pessoas dentro dos hospitais psiquiátricos, que existem novas formas de internação através de farmacológicos pesados, através dos remédios, se reduz um corpo de uma pessoa a corpo inerte. Existe um internamento psicológico quando reduzimos a pessoa à sua doença. Ainda, segundo o autor, contra todas estas formas de internamento, faz-se necessário uma luta infinita ainda a ser feita e a estratégia para combate nesta luta se dá através de profissionais que devem aprender os novos saberes, ter uma formação adequada e voltada para a área da saúde mental, que devem aprofundar-se neste tema da complexidade das relações do corpo social.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o processo de Reforma Psiquiátrica surge em todo o Brasil uma série de novos serviços que se configuram como experiências múltiplas e heterogêneas, novas formas de intervenção frente à loucura, serviços substitutivos ao modelo manicomial, que mesmo apresentando suas singularidades, têm em comum a proposta de oposição e transformação do modelo clássico em Psiquiatria. Visam à transformação da estrutura manicomial, possibilitando uma nova e complexa realidade no campo da saúde mental, sendo o ponto de partida para mudar as tradicionais perspectivas em Saúde Mental (SM). De acordo com Brasil (2015) a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à SM, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde.

Sobre esses indicativos, observa-se que a persistente visão clínica da Psicologia tradicional na formação do psicólogo, ainda contrasta com a atuação do profissional de Psicologia, proposta pela política de saúde mental brasileira. Os CAPS atuam estimulando a integração social e familiar de seus usuários em seus territórios, apoiando as iniciativas de busca de autonomia. A expansão destes serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Neste período, o Ministério da Saúde (2003) pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços.

Porém, as últimas medidas do Ministério da Saúde (2018) relacionadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em novembro de 2018, foi a publicação da portaria 3.659/2018 que suspende o repasse financeiro para o custeio de mais de 300 serviços, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS e a portaria 3.718/2018, que exige a devolução ao Ministério da Saúde do incentivo para a implantação de serviços supostamente não implantados. Se levadas adiante, essas

portarias produziram um apagão na RAPS. Na prática, a primeira portaria subtrai mais 77 milhões anuais e a segunda determina a devolução de mais de 43 milhões. Serão cerca de 120 milhões a menos na saúde mental, uma barbárie jamais vista, em uma das políticas de equidade mais continuamente induzidas nas últimas décadas (ABRASME, 2018).

O que observa-se nos dias atuais, é um desfinanciamento e descaso na área da saúde mental Brasileira, sobretudo por parte do governo federal, mas também, dos gestores estaduais e municipais que não repassam as informações necessárias sobre os recursos de custeio, referente às habilitações dos serviços de atenção à saúde de média e alta complexidade que não estejam em funcionamento ou não apresentem a produção assistencial registrada nos sistemas de informação em saúde considerando as políticas de atenção à saúde. No § 1º da portaria 3.659/2018 afirma que o reestabelecimento do repasse do incentivo financeiro de custeio suspenso estará condicionado à regularização do registro da produção dos sistemas de informação em saúde dos estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial. No § 2º da referida portaria sinaliza que a não regularização no prazo de até 6 meses, a contar da data de publicação desta Portaria, acarretará na revogação das Portarias de habilitação e qualificação (BRASIL, 2018).

Em 2017, a Coordenação Nacional impõe os hospitais psiquiátricos como parte integrante da RAPS, mesmo à revelia do Conselho Nacional de Saúde e de todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Já no primeiro semestre de 2018 os hospitais psiquiátricos foram agraciados com um aumento de 62% no valor da diária (ABRASME, 2018).

É importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental estava trabalhando nos últimos anos, desde o ano de 2006, com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental (hospitais gerais, CAPS III, leitos dos serviços hospitalares de referência para álcool e drogas), que se associam aos leitos de hospitais de pequeno porte, onde estes existirem. A tendência era de que essa rede de leitos de atenção integral, na medida em que se expandisse, se apresente como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais. Estávamos tendo um avanço significativo com os serviços substitutivos e, espera-se que continuemos a avançar, pois cabe a cada um dos gestores, seja municipal, estadual e federal, fiscalizar, avaliar e dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, do Sistema Único de Saúde, as dificuldades são muitas, sobretudo estruturais e na forma de gerir os serviços. Faz-se necessário, um maior incentivo financeiro e investimentos diversos para a rede de atenção psicossocial.

Por serem dificuldades estruturais, estas devem ser entendidas como efeitos das políticas econômicas, que são reflexos da economia mundial e que só podem ser enfrentadas mediante processos de envolvimento dos atores sociais na luta em defesa do SUS. Assim, verifica-se que a transformação da atenção depende da mudança de postura dos próprios profissionais, que não se veem como atores sociais com potencial

de transformar o quadro atual da saúde pública.

REFERÊNCIAS

ABRASME, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. <http://www.abrasme.org.br/> Acesso em: 16 de dez. de 2018.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

AMARANTE, P; CRUZ, L.B. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2015.

BASAGLIA, F. Apresentação a Che cos'è la Psichiatria? In: Basaglia, F. & Amarante, P. (Orgs.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, 28(3), p. 632-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília/DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório da gestão 2003- 2006. Brasília/DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília/DF, 2018. <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 17 de dez. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2015). **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro. Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília/DF, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência e Saúde Coletiva – ABRASCO**, 5(2), p. 219-230, 2000.

DIAS, M. K. (2011). A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(4), p. 2155-2164.

GOFFMAN, E. (2001). **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva.

LEAL, E. M; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: R. Pinheiro, A. P. Guljor AP, A. G Silva Jr. & R. A. Mattos (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos** (pp. 137- 154). Rio de Janeiro: CPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONOCKO CAMPOS, R; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In C. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs), **Tratado de Saúde Coletiva**. (pp. 669-688). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

ROTELLI, F, LEONARDIS, O & MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In F. Nicácio (Org.), **Desinstitucionalização** (pp. 17- 59). São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: BASAGLIA, F.; ROTELLI, F.; BUTTI, G. (orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps. p.37-50, 2015.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ATENÇÃO HOSPITALAR À MULHER GESTANTE E PUÉRPERA CONSUMIDORA DE SUBSTANCIA PSICOATIVA

Lara Emanuelli Neiva de Sousa

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.
Teresina-Piauí.

Gisele Martins do Nascimento

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.
Teresina-Piauí.

Lúcia Cristina dos Santos Rosa

Departamento de Serviço Social/ Universidade
Federal do Piauí. Teresina-Piauí

RESUMO: O cuidado em saúde mental para gestantes e/ou puérperas com transtorno mental, intermediado pelo consumo de substâncias psicoativas é um desafio para os serviços de saúde e profissionais que neles atuam. Com o objetivo de sistematizar a experiência e compartilhar o processo de implantação dos leitos de saúde mental em uma maternidade pública do Piauí, destacam-se as conquistas alcançadas, bem como os desafios postos, no cerne da reforma psiquiátrica. Conclui-se que não bastou apenas a implantação do dispositivo para desencadear mudanças, mas ações que envolvem equipamentos, profissionais da rede de atenção à saúde, construindo a integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; gestação; puerpério; drogas/substâncias psicoativas

ABSTRACT: Mental health care for pregnant

women and / or mothers with mental disorders, mediated by the use of psychoactive substances is a challenge for the health services and professionals who work in them. With the objective of systematizing the experience and sharing the process of implantation of mental health beds in a public maternity hospital in Piauí, the achievements and challenges presented at the heart of the psychiatric reform stand out. It was concluded that it was not enough just the implantation of the device to trigger changes, but actions that involve equipment, professionals of the health care network, building the integrality of care.

KEYWORDS: mental health; gestation; puerperium; drugs / psychoactive substances

1 | INTRODUÇÃO

1.1 O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as questões de gênero

Compreende-se que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira se constrói nos alicerces da Reforma Sanitária e na democratização do país, redirecionando o modelo de assistência psiquiátrica, tendo uma relação direta idéia-proposta-projeto-movimento-processo destes movimentos mencionados (PAIM, 2013).

A reforma psiquiátrica inicialmente teve

por principal impulsionador a cidadania da pessoa com transtorno mental, então tutelada por um modelo assistencial que suprimia sua condição humana, em nome de lhe oferecer abrigo e supostos cuidados em geral, o que redundou em violação de direitos humanos, até por que esse segmento passou a ser considerado um ser fora ou à margem do contrato social, um ser com cidadania de segunda classe.

Nesse sentido, buscou-se construir um modelo de atenção à saúde mental voltado para a universalidade de acesso aos serviços e participação democrática entre os diferentes atores envolvidos, tais como: usuários, familiares, governo e comunidade, de maneira que esse modelo ofertaria não apenas cuidados em saúde mental nas diversas complexidades, mas o desafio da construção da cidadania das pessoas com transtorno mental conforme Tavares & Sousa (2009), historicamente estigmatizadas e segregadas.

Entende-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se propõe a ultrapassar os limites assistenciais em saúde e envolve campos sociais, culturais e políticos. Com isso, em 1986 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – Caps Luiz Cerqueira na cidade de São Paulo, e em 1989 Santos-SP é a primeira cidade com uma política de saúde mental direcionada para desconstruir o hospital psiquiátrico, criando os Núcleos de Atenção Psicossocial, como parte do processo de intervenção na Clínica Anchieta, uma vez que os usuários deste hospital eram vítimas de maus tratos e muitos foram a óbito (VASCONCELOS, 2000).

Esses dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico configuram-se como espaços de construção de um novo fazer em saúde mental, privilegiando a subjetividade e a história de vida do sujeito, suas limitações e potencialidades reforçando a adoção de estratégias que possibilitem a reinserção dos indivíduos com transtorno mental na sociedade, reconstituindo a complexidade da vida com a enfermidade, o que se torna pauta de ações intersetoriais, não exclusivas da saúde. Esse novo modelo possibilita (re)pensar conceitos, práticas, relações e valoriza a participação coletiva (BRASIL, 2004), na perspectiva de alterar a relação da sociedade com a loucura.

Com o redirecionamento da Política Nacional de Saúde Mental, era necessário o amparo jurídico para então ser implementada e implantada nas esferas da União, Estados e Municípios, mudanças na forma de cuidar. Assim, o processo da reforma psiquiátrica brasileira foi ancorado através da lei federal N°10.216/2001 que legitima a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, o cuidado na comunidade e respeito aos direitos humanos dos usuários; lei federal N°10.708/2003 que institui o Programa de Volta para Casa que assegura recursos financeiros que incentivam à saída de usuários com longos períodos de internação nos hospitais para a família ou comunidade (BRASIL, 2007).

Outras portarias importantes que emergiram nesse movimento da reforma foram: N°106/2000 que dispõe sobre os serviços residenciais terapêuticos, sendo revogada pela N°3089/2011; N°336/2002 que regulamenta o Centro de Atenção Psicossocial com o papel de organizar o cuidado em saúde mental no território, prestar acompanhamento

clínico e reabilitação psicossocial para o indivíduo em intenso sofrimento psíquico e introdução das modalidades desses serviços: CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSi e CAPS AD (BRASIL, 2004).

Com a III Conferência de Saúde Mental em 2001, o tema do consumo prejudicial de álcool e outras drogas figura como um dos itens do relatório final e com a Portaria nº 336 de 2002, é reconhecido o Caps ad – serviço destinado especificamente para o público com consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

Em 2002, com a Portaria n. 816, é lançado o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir do reconhecimento dessa questão como um problema de saúde pública. Em 2006, promulgada a Lei 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, tendo por foco, os direitos humanos, as ações de prevenção, reinserção social, pautadas na redução de danos. Em 2010 com a suposta “epidemia” do crack, o consumo de substâncias psicoativas ganha projeção midiática, tornando tema da campanha presidencial. Em 2011 é lançado o Programa Crack é possível vencer.

No ano de 2011 institui-se a portaria nº3088 que sintetiza o processo da Rede de Atenção Psicossocial na luz de ofertar um cuidado para os consumidores de substâncias psicoativas, evidenciando assim o CAPS como um dispositivo de atenção psicossocial especializada, interligando eles a uma série de dispositivos presentes na atenção básica, na emergência, atenção hospitalar dentre outros (BRASIL, 2011).

Contudo, como analisa Claudio Pedrosa (2006) a partir dos textos emanados da Coordenação de Saúde Mental, os documentos dialogam com a figura genérica do “paciente”, ignorando as desigualdades que historicamente circunscreveram a vivência de homens e mulheres com transtorno mental, marcados pelas hierarquias e assimetrias de papéis e lugares, que acompanharam as distintas formas com que foram tratados. Por sua vez, o mesmo autor assinala que igualmente, os textos das Políticas Públicas para as Mulheres não contemplaram as mulheres com transtornos mentais, havendo silenciamento com relação a essa condição e identidade.

Por sua vez, as pesquisas nacionais sobre o consumo de álcool e outras drogas, vem mostrando a prevalência de homens como consumidores, o que é uma tendência mundial, mas, chamando a atenção para o crescente número de mulheres com um padrão de consumo prejudicial, o que teve influência inclusive na busca pela igualdade, que atinge também a imitação de comportamentos nefastos para ambos os sexos.

Rosa e Alves (2014) analisam as implicações diferenciais do consumo de substâncias psicoativas por mulheres, muito mais estigmatizadas socialmente do que os homens, por romper com o papel e lugar tradicionalmente esperado da mulher na sociedade. Nesse contexto, figuram mais vulneráveis à violência, ao uso do corpo como moeda de troca, inclusive a prática da prostituição, para obter a substância, sexo sem uso de preservativo e assim, ficam mais expostas a doenças sexualmente transmissíveis e também a gravidez indesejada.

A pesquisa nacional sobre o uso de crack coordenada por pesquisadores da

Fiocruz (2014) mostra que 21,32% dos consumidores encontrados nas cenas de uso são mulheres; 79,15% era não branco; que 7,46% obtêm renda pela troca do sexo por drogas/dinheiro; “O número médio de gestações e de nascidos vivos das mulheres usuárias de crack e/ou similares foi de, respectivamente, 3,82 e 2,56%.

As desigualdades que são transversais à vivência das mulheres consumidoras de substâncias psicoativas, convocaram a política de saúde mental a uma resposta específica àquelas que nessa condição, teve associada a gravidez e o puerpério.

Por fim, em 2017 o Ministério da Saúde promoveu a consolidação de portarias existentes no Sistema Único de Saúde, levando em consideração o conteúdo normativo e seus efeitos. Assim, 749 portarias foram incorporadas em seis Portarias de Consolidação (PRC). Desta forma, as portarias voltadas para a Rede de Atenção Psicossocial encontram-se inseridas nas PRC's nº3,5 e 6.

Nesse contexto, investe-se na ampliação de leitos em hospitais gerais para a atenção psicossocial, no entendimento de que a pessoa com transtorno mental ou consumo nocivo de álcool e outras drogas, tem que ser atendidas em espaços que preservem seus direitos civis e que não venham a ser estigmatizantes.

1.2 Principais acontecimentos na Reforma Psiquiátrica Piauiense

Nos anos 80 do século XX os pensamentos reformistas começam adentrar no palco piauiense através da Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí (ACSM) e Associação Psiquiátrica do Piauí (APP). Estas associações promoveram ações no Piauí, resultando na criação da coordenação estadual de saúde mental e na descentralização das ações de saúde mental da capital para as demais regiões de saúde no interior do Estado (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Na capital do Estado, na década de 90 foram criados de maneira tímida serviços ambulatoriais de saúde mental, espalhados nos diversos bairros da capital, apresentando em sua composição a figura do médico psiquiatra e psicólogos, em poucos serviços contava-se com a figura do assistente social.

Nesta época desponta na capital a implantação de um serviço destinado para as questões de álcool e outras drogas, que funcionava em uma policlínica, sendo transformado em um Núcleo de Apoio Psicossocial em 1994. Anos mais a frente, este seria transformado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas, no ano de 2003 (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Em 1997 são criados os hospitais dia nas cidades de Picos e Parnaíba. No mesmo período são implantados 02 leitos psiquiátricos no Hospital Regional Justino Luz em Picos e 10 leitos psiquiátricos na Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Com amparo das leis federais, portarias ministeriais, o ente federativo da União estimula que os Estados e Municípios adotassem medidas para mudança do modelo assistencial em saúde mental, baseado no cuidado comunitário e em liberdade.

Assim, o município de Teresina cria a Lei nº2.987 de 17 de maio de 2001, que dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental do município de Teresina. Observou-se que a lei supracitada não assegurou a materialização da nova política, na prática, não houve tanto avanços no cenário piauiense (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

No dia 24 de fevereiro de 2005, em reunião no Ministério Público, com a presença de representante do Ministério da Saúde, um novo pacto foi estabelecido para criação e expansão dos serviços substitutivos no Estado, estando representados os gestores dos seguintes municípios do Piauí: Uruçuí; Parnaíba; União; Miguel Alves; Piripiri; Oeiras; Bom Jesus; São Raimundo Nonato; Batalha; Floriano; Altos e Teresina (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Além destes 12 municípios representados e que atualmente possuem CAPS em seus territórios, outras oito cidades aderiram ao processo e implantaram CAPS, dentre as quais citamos: Picos; Campo Maior; Barras; José de Freitas; Piracuruca, Luís Correia; Altos; Angical. E outras estão em processo de implantação. Com tal iniciativa, além da criação de serviços, tornando-os acessíveis tem por princípio defender os direitos das pessoas com transtorno mental, começando pela sua convivência comunitária e qualidade de vida (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

No Piauí nos anos 2000 há crescente redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos locais, Hospital Areolino de Abreu e Sanatório Meduna, o primeiro um hospital público gerido pelo Estado e o segundo, privado conveniado ao Sistema Único de Saúde, o que tem por base a Portaria GM nº 52, de 2004, conjugadas às avaliações da qualidade assistencial, através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares PNASH – Psiquiatria. Nesse contexto, lançando mão de uma linha de financiamento para abertura de serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, o governo federal, através de uma política indutora, de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, ao mesmo tempo, busca pressionar os gestores locais a criar serviços de portas abertas, que permitem o cuidar em liberdade, preservando direitos civis (BRASIL, 2004).

Na correlação de forças forjadas localmente, a Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Piauí - SESAPI e o Ministério Público Estadual se situam como os principais atores políticos impulsionadores do processo de mudança assistencial no Piauí. A primeira, por coordenar todo o processo. O Ministério Público por se constituir parceiro da Gerência Estadual e pela força coercitiva, pois através dos Termos de Ajustamento de Condutas – TAC, ameaças de multas ou prisão por seu descumprimento, passa a pressionar os gestores, sobretudo da capital, para criação de CAPS e Serviço Residencial Terapêutico, para assegurar a reorientação da atenção em saúde mental, desconcentrando do modelo hospitalocêntrico para serviço de base comunitária, sem causar desassistência em saúde mental.

Nesse contexto, a partir de 2005 são criados na capital, dois CAPS, um na zona

norte e outro na zona leste. Em 2010, mais dois CAPS são criados em Teresina, na zona sul e Sudeste e o CAPS III, além dos 10 leitos para assistência aos consumidores de substâncias psicoativas no “Hospital do Mocambinho” (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Em 21/09/2009 em audiência pública convocada pelo Ministério Público do Estado do Piauí, representantes da direção do Sanatório Meduna informam o risco de encerramento das atividades do serviço, alegando como principal problema o baixo valor da diária recebida, tendo o serviço um *déficit* de R\$ 115 mil reais mensais (ROSA, *et al*, 2011). Nesse contexto, a direção do Sanatório Meduna, apresenta como saída o aumento no valor da diária de internação ou a criação de um Instituto.

A Gerência Estadual de Saúde Mental em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e Ministério Público Estadual definem pela realização de uma avaliação situacional e de diagnóstico do Sanatório Meduna, que abarca também a qualidade assistencial do Hospital Areolino de Abreu. É composta uma comissão multiprofissional para tanto, encarregada ainda de promover a reestruturação da rede de saúde mental da Capital, na perspectiva de não gerar desassistência.

O Relatório da primeira etapa de atividades e recomendações do Grupo de Trabalho em saúde mental instituído pela SESAPI/GAB/nº 000671/2009, de 20/11/2009 conclui da situação do Sanatório Meduna que: a maioria dos pacientes são do sexo masculino (76%); 57% em idade produtiva, na faixa etária compreendida entre 25-44 anos, prevalecendo entre os internos os transtornos mentais decorrentes do consumo de substâncias psicoativas em 44%, sendo a maioria dos internos procedentes da cidade de Teresina. (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Com uma situação assistencial deplorável e uma infraestrutura decadente/deteriorada, com avaliação muito negativa, o Sanatório Meduna tem suas atividades assistenciais encerradas para efeitos do Sistema Único de Saúde em 23 de maio de 2010 (ROSA; FIGEURIEDO-NETO; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

Diante dessa realidade, várias ações estruturantes e conjugadas são propostas pelo Ministério Público tanto para gestores da saúde do Estado quanto da capital e algumas efetivadas, principalmente direcionadas para o gestor da capital, tais como: criação do CAPS III de Teresina; de um Serviço Residencial Terapêutico; criação de leitos em hospitais gerais (com 4 leitos no Hospital da Primavera, gerido pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina; Criação do Consultório na Rua; criação da Enfermaria Transitória de Atendimento à crise (ETAC) no Hospital Areolino de Abreu, a partir de 2010, com a função de regular as internações integrais; em 29/03/2010 é inaugurado o Serviço de Referência Hospital para Atenção Integral ao Usuários de Álcool e outras drogas, no Hospital do Mocambinho, em Teresina, com 10 leitos.

A rede extra-hospitalar do Estado do Piauí dispõe no ano de 2018 de 66 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 45 CAPS I, 10 CAPS II, 06 CAPS ADII, 03 CAPSi; 02 CAPS ADIII e 01 CAPS III; 06 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo 04 de gestão estadual e 02 de gestão municipal; 26 pacientes inseridos no Programa

de Volta para Casa; 29 leitos de saúde mental em hospital geral; 04 associações de usuários e familiares em saúde mental.

Desta visão macro, estreitamos o olhar para focar a nossa experiência no contexto hospitalar, sendo objetivo deste estudo compartilhar o processo de implantação dos leitos de saúde mental em uma maternidade pública do Piauí, e assim, contribuir no direcionamento do sucesso da reforma psiquiátrica no SUS, no cuidado a gestante e/ou puérperas com transtorno mental e com consumo nocivo de substâncias psicoativas.

2 | O PERCURSO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas, no período de 2015 a 2017; em uma maternidade pública piauiense de gestão estadual.

A referida maternidade oferta serviço de alta complexidade com a missão assistencial e de ensino, através da assistência integral e de qualidade a mulher gestante e o neonato assim como manter campo de estágio na área da saúde. Composta de 48 leitos de obstetrícia clínica, 126 leitos de obstetrícia cirúrgica, 60 leitos de pediatria clínica, 17 leitos de cuidados intermediários neonatal canguru, 20 leitos na UTI neonatal, 10 leitos de UTI adulto, 20 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal convencional e 6 leitos de ginecologia.

A partir do cotidiano assistencial e das discussões dinamizadas e expostas para discussão no Fórum Estadual da Rede Cegonha, sendo este um espaço permanente para discussão das diversas redes e serviços, foi apresentada e analisada a situação das gestantes e/ou puérperas com transtorno mental e com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas e a dificuldade de manejo desse segmento em hospitais gerais, cuja problemática era insistentemente endereçada para o hospital psiquiátrico, mesmo quando os problemas clínicos relacionados à gestação estavam proeminentes.

Com base nestas vivências, fomos construindo um corpus de saberes, estes registrados em atas de reunião, resoluções das instâncias deliberativas do SUS, como uma ferramenta para avaliação da gestão sobre a problemática.

Sobre tais saberes ia-se constituindo, no cotidiano do saber-fazer, os desafios para o ser-saber-fazer. Assim, foram construídas estratégias que permitissem a construção e operação de uma linha de cuidado em saúde para este público, fora do circuito manicomial. Além disso, essas estratégias deveriam envolver não apenas gestantes e/ou puerperas com transtorno mental, mas seus familiares, serviços, profissionais na comunidade em que ela estava inserida, de maneira que elas sejam os sujeitos ativos do processo saúde-doença. Portanto, as ações em saúde mental neste contexto seriam resultantes da soma de saberes e não da imposição do saber profissional.

Assim, o corpus de saberes guiou o caminho para a construção de uma linha

de cuidado voltada para gestante e/ou puerperas com transtorno mental, destacando como principal ação a implantação e funcionamento dos leitos de saúde mental em uma maternidade pública terciária. Essa construção tramitou por espaços além do fórum, mas para instâncias como Grupo Condutor Estadual da RAPS, Comissão Intergestora Regional (CIB), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Entende-se que esse diálogo entre a Rede Cegonha e Rede de Atenção Psicossocial desencadeou este percurso, bem como permitiu uma aproximação de diversos atores do Sistema Único de Saúde, evidenciando a integralidade de cuidados à saúde das pessoas.

3 | DELINEANDO A VIVÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL NA MATERNIDADE

3.1 O processo de implantação

A implantação e funcionamento dos leitos de saúde mental no hospital geral é delimitada por um arcabouço de portarias, conforme quadro abaixo:

Nº	Nº da portaria e ano	Conteúdo normativo
01	Portaria nº148/GM/MS/2012	Define diretrizes para o funcionamento e habilitação dos leitos de saúde mental em Hospital Geral, também instituiu incentivos financeiros de custeio.
02	Portaria nº 1.615/GM/MS/2012	Alterou diversos artigos da Portaria supracitada, no que diz respeito ao incentivo para habilitação, que passou a ser de R\$ 4 mil por leito, além de estabelecer um número mínimo (04 leitos) e máximo (25 leitos) por instituição hospitalar.
03	Portaria nº 706/SAS/MS/2012	Cria no Sistema de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES) a especialidade de leito denominada Leito de Saúde Mental, identificada no sistema com o código 87
04	Portaria nº 953/SAS/MS/2012	I - Inclusão, no SCNES, da habilitação Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas (código 06.36); II - Inclusão, no SNCES, do Serviço de Atenção Psicossocial, classificação Serviço Hospitalar para Atenção à Saúde Mental (código 115-003); III - Exclusão, na Tabela do SUS, dos procedimentos relacionados à saúde mental em hospital geral (vigentes até setembro de 2012); IV - Inclusão, na Tabela do SUS, de novos procedimentos principais e especiais.

Quadro I: Portarias sobre implantação e custeio dos leitos de saúde mental no hospital geral, Ministério da Saúde.

No contexto estadual o Ministério da Saúde incentivou 21 leitos em saúde mental

(leito 87), que foram pactuados em CIB (Resolução CIB-PI, N.125/2015), sendo 06 leitos em saúde mental na Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER.

Começou-se a desenhar a proposta de implantação destes 06 leitos na MDER, através do apoio da direção geral e clínica do serviço de saúde. Inicialmente após o recebimento do recurso de incentivo para implantação no valor de R\$ 24.000,00 começou-se o processo de ambiência da enfermaria.

Vale ressaltar que a enfermaria está localizada em um ponto estratégico da maternidade, com posto de enfermagem na adjacência e sala de acolhimento.

A estrutura física da enfermaria obedece as recomendações da RESOLUÇÃO-RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Desta forma, a enfermaria apresenta o padrão estrutural das demais enfermarias clínicas, sendo seis leitos de alojamento conjunto e com espaço para acompanhantes. Portanto, a ambiência da enfermaria segue o padrão das demais existentes na maternidade, de maneira a não promover um espaço para práticas manicomiais no contexto hospitalar.

Em seguida iniciou-se o processo para recrutar profissionais de nível superior para se tornarem uma referência técnica entre os demais trabalhadores e atuaram na assistência diária das gestantes e/ou puerperas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas.

Então priorizou-se por profissionais com especialização em saúde mental e com experiência em atenção psicossocial. Então, formou-se uma equipe com psiquiatra, enfermeira, assistente social, psicóloga e técnicos de enfermagem. A escolha de inserção da figura do psiquiatra, foi uma estratégia adotada pelo serviço com a finalidade de apoio técnico aos obstetras da maternidade.

Assim, durante a semana esta equipe fica responsável pela assistência diarista as “pacientes” dos leitos e no período noturno e feriado os cuidados em saúde ficam sob a responsabilidade pela equipe de plantão.

Antes do funcionamento a equipe técnica de referência e outros atores da Secretaria de Estado da Saúde, Universidade Federal do Piauí participaram como facilitadores de oficinas de sensibilização em saúde mental voltados para os profissionais de saúde que atuam na Maternidade, envolvendo o nível elementar, médio e superior.

Paralelo ao processo de sensibilização dos profissionais, a Vigilância Sanitária Estadual e técnicos da Gerência de Atenção à Saúde Mental, ambas áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí fizeram vistorias técnicas com a finalidade de averiguar a estrutura física e o processo de trabalho que estava iniciando no funcionamento dos leitos. Após confecção de relatórios foram homologados em CIB e assim solicitou-se a habilitação dos leitos junto ao Ministério de Saúde.

3.2 As conquistas reformistas durante a experiência

Durante a vivência desta experiência, muitas conquistas apoiadas nos princípios da reforma foram alcançadas, dentre as quais podemos elencar: a retirada do circuito manicomial como parte integrante do fluxograma de atendimento as gestantes e/ou puérperas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso álcool e outras drogas. Com isso resultou-se os envolvimento de serviços comunitários como as equipes de saúde da família e centros de atenção psicossocial.

Outra conquista refere-se na integração entre dispositivos que constituem a Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha, promovendo a integralidade da atenção do público alvo. Desta forma, foi possível ampliar oferta de acesso e humanização na assistência à saúde.

A pouca bibliografia encontrada sobre o tema do presente artigo faz com que se fique diante da problemática da produção do cuidado a partir da perspectiva da integralidade (MIRANDA; SÁ; PRADO, 2015).

Percebe-se que as questões do cuidado produzido aos “pacientes” com transtorno mental grave não se restringem à negligência de um ou outro serviço de saúde, mas reflete um problema que permeia toda a rede de atenção em saúde (MIRANDA; SÁ; PRADO, 2015).

Com o êxito no funcionamento do serviço, reflete-se de maneira positiva para que outros estabelecimentos hospitalares possam incorporar essa nova prática de saúde mental nos hospitais gerais de gestão estadual e municipal.

Outra conquista significativa, foi a ruptura com o estigma que historicamente cercou as ações dos profissionais de saúde com relação ao manejo de gestantes e/ou puérperas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas. Foi um processo intenso de sensibilização com o corpo clínico que atua na maternidade.

Neste contexto, a literatura evoca que ações de implementação de unidades especializadas e interconsultas psiquiátricas (ZOLNIEREK, 2009); formação de equipes multidisciplinares (CASHIN, ADAMS; HANDON, 2008); desenvolvimento de processos educativos e aumento do contato dos profissionais com “pacientes” psiquiátricos, provocam mudanças no estereótipo negativo e influência positivamente as respostas dos profissionais (MCDONALD *et al.*, 2003; REED; FITZGERALD, 2005; RÜSCH, ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005; LETHOBA; NETSWERA; RANKHUMISE, 2006; CHIKAODIRI, 2009; ZOLNIEREK, 2009; ZOLNIEREK; CLINGERMAN, 2012).

Ainda analisando estudos que envolvem esta problemática, evidenciou-se que esse comportamento negativo no cuidado as pessoas com transtorno mental no âmbito do hospital geral está atrelado a falta de formação/conhecimento para lidar com essas pessoas, ou seja, a maioria deles utilizam do argumento de não ter habilidade e formação, conhecimento e manejo com as comorbidades psiquiátricas para proporcionarem um cuidado adequado e de qualidade (ATKIN; HOLMES; MARTIN,

4 | CONCLUSÃO

A atenção integral em saúde mental é um desafio proposto pela reforma psiquiátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde, com alguns passos iniciais dados para seu alcance, mas sendo necessário muitos outros a serem dados para sua efetividade dentro do modelo de atenção que preze pela cidadania e cuidar em liberdade.

A vivência possibilitou às autoras identificar que não basta apenas a implantação de um dispositivo para que a realidade possa ser transformada. As transformações advêm de um processo diário de comunicação entre atores, equipamentos das redes de atenção à saúde para que possa desencadear mudanças. Requer ainda um monitoramento constante, uma “vigilância epistemológica” na acepção de Bachelard (1985) para que práticas manicomiais não se (re)instalem.

As conquistas da reforma psiquiátrica são resultados desta ação parceira em rede, promovendo uma atenção em saúde mental para gestantes e/ou puérperas com demandas de saúde mental, ofertando um melhor acesso, equanimidade no atendimento e preservando o binômio mãe e filho.

Mas, alguns desafios persistem, sobretudo no que remete ao imaginário social, sobretudo de agentes da justiça e de alguns conselheiros tutelares, que, em nome da proteção do direito da criança, tendem a violar o princípio do direito à convivência familiar, tendendo a colocar a criança para adoção, desconsiderando a opinião da família extensa e a importância do binômio mãe bebê.

Nesse mesmo diapasão, apregoam uma única visão da mulher, no cerne do mito do “amor materno” Bachelard (1985) que associa a mulher à reprodução, à maternidade, desconsiderando que há múltiplas formas de ser mulher e se relacionar com a perspectiva da maternidade, sobretudo quando intermediada pela violência, gravidez indesejada, vulnerabilidades múltiplas associadas e persistentes na vida. Desconstruir essa ideia de que a mãe deve renunciar a si mesmo, deixar de ser uma pessoa, em nome do “amor incondicional”, sem perceber a complexa relação que estabelece com a vida e com a substância de um modo geral, se configura em mais uma forma de violência, muitas vezes institucional e simbólica. Os profissionais da saúde e da justiça, principalmente, são convocados a repensar valores, mudar atitudes, sem julgar ou punir essa mulher gestante, puérpera e consumidora de substâncias, buscando olhar para além do produto e de sua condição de usuária, para vê-la como sujeito de direitos, com uma história de vida a ser considerada e com um projeto terapêutico singular a ser construído e sustentado por diversas forças e políticas sociais, na perspectiva de oferecer novos horizontes, inclusive de se construir como mãe, se assim o desejar. Há que se avaliar que, se as evidências científicas certificam que não há forma segura de consumo de substâncias durante a gestação, por outro

lado, a realidade posta, mostra a dificuldade desse segmento em aderir a um pré-natal, muitas vezes em função de uma exigência impossível de ser atendida, na visão da mulher gestante e com um padrão de consumo nocivo.

Outro desafio se materializa no diálogo com o sistema penitenciário, sobretudo no que remete à mulher sob medida de segurança e que é gestante ou puerpera. Essa circunstância leva a tensionamentos entre dois códigos institucionais que muitas vezes conflitam e que levam os profissionais a situações de negociações de alguns impasses, intermediados sobretudo por princípios do SUS e do sistema de Justiça, a exemplo do uso de algemas (que tolhe o momento do parto ou do aleitamento materno); assim como a presença de uma agente penitenciário, o que obsta, em algumas circunstâncias o direito ao sigilo ou privacidade. Nesse contexto ainda, Cerqueira (2001) ao processar revisão de literatura identificam que os principais crimes associados às mulheres são: “aborto, infanticídio, abandono as crianças, prostituição, furto e fraudes” (p.83). Logo, há muitos crimes relacionados à condição materna, o que muitas vezes leva os agentes institucionais envolvidos com valores tradicionais, a criar barreiras atitudinais em relação à essa mulher, que em muitas situações é condenada a partir de vários códigos e, muitas vezes, no cotidiano assistenciais, pelo estigma velado ou exposto. Às vezes é vista como “um monstro”, uma “mãe desnaturada”. Vale lembrar que na divisão sexual do trabalho há sobrecarga no elemento feminino, sobretudo no que se refere à educação e cuidados em geral das crianças, incluindo a educação. A mulher também está mais vulnerável à depressão pós-parto e também, pelo romantismo, a ser seduzida pelo parceiro íntimo a se envolver no tráfico de drogas, assumindo o comando da “boca de fumo”, tornando-se traficante, tipificação criminal que tem crescido entre as mulheres detentas. Claro que, muitas vezes, a pobreza, que os estudos mostram que cada vez mais é feminilizada, também pode ser um fator que a leve para o tráfico, que se configura em um “trabalho informal”, que permite conciliar o cuidado dos filhos e a geração de renda, mesmo que em situação de risco.

Com tamanha magnitude de questões que podem cercar a mulher gestante e puérpera intermediada pelo consumo prejudicial de álcool e outras drogas, observa-se os intensos e complexos desafios a serem geridos por essa linha de cuidado, que pouco apoio tem da sociedade em geral pelo estigma que acompanha essa mulher que rompeu com o tradicional papel e lugar da mulher prescrito pelas normas e padrões sociais dominantes, e que tem poucos grupos organizados que vocalize suas necessidades, haja vista sua dificuldade em se organizar.

Logo, ainda estamos engatinhando na direção de um cuidado cidadão. Percebe-se mudança na forma de acolhimento, no entendimento da situação da mulher, não vista apenas em sua marca estigmatizada e a própria proteção dos direitos da criança quanto da mãe e da família extensa, mas ainda de forma morosa, distante das necessidades efetivas e urgentes que esse segmento requer. É nessa direção que o presente texto sinaliza, para outros olhares para esse grupo e para a produção de um cuidado acolhedor e solidário às possibilidades e limites postos.

REFERÊNCIAS

BACHELARD, G. **O novo espírito científico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 24 de fevereiro de 2000, seção 1, pág. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 20 de fevereiro de 2002, seção 1, pág. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 20 de novembro de 2002, seção 1, pág.37.

RASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 1 de agosto de 2003, seção 1, pág. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 22 de janeiro de 2004, seção 1, pág.7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 26 de dezembro de 2011, seção 1, pág. 232/233.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.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 (DOU)**, Brasília, 26 de dezembro de 2011, seção 1, pág. 230/232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.148, 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, 1 de fevereiro, seção 1, pág.33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.706 de 20 de julho de 2012. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.1.615 de 26 de julho de 2012. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Diário Oficial da União (DOU), Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.953 de 12 de setembro de 2012. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília.

CASHIN, C. E.; ADAMS, N.; HANDON, B. **Excess** Non-Psychiatric Hospitalization Among Medical Beneficiaries with Serious Mental Illness in California. **California Mental Health Policy Forum**, Garden Grove, 2008.

CERQUEIRA, C.M.N. **Polícia, gênero e distúrbios civis**: controle e uso da força pela polícia. Rio de Janeiro: F; Bastos. 2001.

CHIKAODIRI, A. N. Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. **Annals of General Psychiatry**, London, v. 8, n. 19, p. 1-7, 2009.

FIOCRUZ. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quanto são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

LETHOBA, K. G.; NETSWERA, F. G.; RANKHUMISE, E. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. **Curationis, Pretoria**, v. 29, n. 4, p. 4-11, 2006.

MCDONALD, D. D. et al. Effect of a Psychiatric Diagnosis on Nursing Care for Nonpsychiatric Problems. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 26, n. 3 p. 225-232, 2003.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**. Contribuição para a compreensão e crítica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

PEDROSA, C.H. **Cuidar? Sim; olhar de gênero?** Não. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde. São Paulo, SP, 2006. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social) Pontifícia, Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

REED, F.; FITZGERALD, L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. **International Journal of Mental Health Nursing**, Chicago, v. 14, p. 249-257, 2005.

ROSA, L.C.S; ALVES.H.M. E quando são elas? Interfaces entre saúde mental, substâncias psicoativas e gênero: observações preliminares sobre a condição de mulheres diagnosticadas. **Gênero**, Niterói, vol.13, n.1, p.109-125, 2014.

ROSA, LC.S; NETO-FIGUEIREDO, M.V; NASCIMENTO, G.M; ALENCAR, L.B. A política e as ações em saúde mental do Piauí: As dimensões transformadoras da década 2000 a 2010. In: ROSA, LC.S; CARVALHO, M.E; MACEDO, J.P. Política e ações de saúde mental no Piauí:2000 a 2010. 1 ed. Teresina: Edufpi, 2011, p.15-37.

RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**, Paris, v. 20, n. 8, p. 529-539, 2005.

TAVARES, R.C; SOUSA, S.M. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito? **Rev Psicologia e Saúde**. Rio de Janeiro, vol.1, n.1, p.40-49, 2009.

PRADO, M.F; SÁ, M.C; MIRANDA, L.O. Paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma

revisão bibliográfica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, especial, p.320-337, 2015.

ZOLNIEREK, C. D. Non-psychiatric hospitalization of people with mental **illness**: systematic review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 65, n. 8, p. 1570-83, 2009.

ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. A Medical– Surgical Nurse’s Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, St. Louis, v. 18, n. 4, p. 226-235, 2012.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE MORTES POR SUICÍDIO EM RIO VERDE E REGIÃO DE 2012 A 2016

Fernanda Borges Cavalet

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de
Medicina
Rio Verde-GO

Beatriz Santana Borges

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de
Medicina
Rio Verde-GO

Allyson Cândido de Abreu

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de
Medicina
Rio Verde-GO

Amarildo Canevaroli Júnior

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de
Medicina
Rio Verde-GO

Cláudio Silva Teixeira

Universidade de Rio Verde (UniRV), Faculdade de
Medicina
Rio Verde-GO

RESUMO: O suicídio é um fenômeno multidimensional e atualmente é considerado uma das prioridades globais de saúde pública. Diversos fatores foram identificados como predisponentes e precipitantes do suicídio, entre os quais, constituição genética, fatores demográficos, fatores psicológicos e outros. O conhecimento desses fatores adquire importância para a prevenção dos

comportamentos suicidas. Diante disso realizou-se um estudo que descreveu o perfil epidemiológico dos suicídios em Rio Verde e região, no qual foram utilizados dados do 5º Núcleo Regional de Polícia Técnico-Científica de Rio Verde – Goiás. A pesquisa demonstrou que as maiores taxas de óbitos por suicídio ocorreram no sexo masculino (70%) e principalmente no grupo etário de 20-29 anos. É importante chamar a atenção para o período da adolescência, visto que nas últimas décadas este grupo está se tornando o de maior risco, o que foi observado nessa pesquisa pela ocorrência de suicídio principalmente na faixa etária de 13-15 anos, sendo que o caso mais jovem identificado possuía 13 anos. Com relação ao meio utilizado para executar o ato, o enforcamento foi o principal com 47% dos casos, e houve maior número de episódios nos indivíduos solteiros (34%) e na raça/cor parda (41%). Nesse contexto, percebe-se a necessidade de compreender esse importante problema de ordem sócio-econômico-cultural e realizar estratégias de prevenção eficaz, na tentativa de diminuir a ocorrência do suicídio no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: perfil epidemiológico, prevenção, suicídio

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SUICIDE DEATHS IN RIO VERDE AND REGION FROM 2012 TO 2016

ABSTRACT: Suicide is a multidimensional phenomenon and is currently considered as one of the global public health priorities. Several factors were identified as predisposing and precipitating suicide, among them, genetic constitution, demographic factors, psychological factors and others. The knowledge of these factors acquires its importance for the prevention of suicidal behaviors. A study was carried out that described the epidemiological profile of suicide in Rio Verde and region, in which data from the 5th Regional Nucleus of Technical-Scientific Police of Rio Verde - Goiás were used. The research showed that the main suicide death rates were in the male sex (70%) and especially in the 20-29 age group. It is important to draw attention to the adolescence period, since in the last decades this group is becoming the one of greater risk, what was observed in this research by the occurrence of suicide mainly in the age group of 13-15 years, being that the case the youngest identified was 13 years old. Regarding the medium used to perform the act, the hanging was the main one with 47% of the cases, and there was a greater number of episodes in the single individuals (34%) and in the brown race (41%). In this context, it is necessary to understand this important socio-economic-cultural problem and to carry out effective prevention strategies, in an attempt to reduce the occurrence of suicide in Brazil.

KEYWORDS: epidemiological profile, prevention, suicide

1 | INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como todo o caso de morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato, positivo ou negativo, auto infligido, e que a vítima sabia que acarretaria nesse resultado (Durkheim, 2001). É considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um importante problema de saúde pública, sendo uma das dez principais causas de morte em todo o mundo. No Brasil, o suicídio é a segunda maior causa de morte de jovens (entre 15 e 29 anos) e atualmente este é o grupo de maior risco (Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio, 2014).

O suicídio resulta de uma convergência complexa de muitas possíveis complicações neurobiológicas, fatores socioculturais e genéticos (Hudzik; Cannon, 2014). Responsável por um grande impacto psicológico, social e financeiro em uma família, o suicídio ou a tentativa do ato também afeta a sociedade e os serviços de saúde com gastos diretos (custo diretamente ligado ao tratamento da tentativa de suicídio) e indiretos (perda de produtividade após a tentativa de suicídio) (Sgobin et al., 2015).

No Brasil, a maior incidência de suicídio ocorre na região Sul, seguida por Centro-Oeste, Sudeste, Norte e Nordeste (Machado; Santos, 2015). Com relação ao

sexo, os homens apresentam uma frequência de suicídio três vezes maior do que as mulheres, e essa proporção se inverte em relação ao número de tentativas, isto é, os homens tentam menos suicídio, mas utilizam métodos mais fatais (Abasse et al, 2009). E os principais meios utilizados para o suicídio são enforcamento, armas de fogo e envenenamento. (Botega, 2014). A OMS (2001) aponta como características sócio-demográficas, entendidos como fatores de risco, que são: pessoas do sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, solteiros ou separados.

Para prevenção do suicídio é necessário a identificação precoce e o correto encaminhamento, principalmente, de casos de transtornos mentais, que apresentam elevado percentual de autocídio. Uma estratégia de medida preventiva é a assistência prestada àqueles que tentaram o suicídio, pois este é um grupo de alto risco para cometer o ato (Hetem, 2010). A forma mais adequada de descobrir se um indivíduo possui pensamentos suicidas é perguntar diretamente a ele, ao contrário da crença popular, conversar a respeito do assunto não fixa a ideia na cabeça das pessoas (Brasil. Ministério Da Saúde, 2006).

Por conseguinte, o presente estudo objetiva avaliar o perfil epidemiológico de mortes por suicídio em Rio Verde - GO e região e, desse modo, contribuir com identificação de alguns fatores de risco e conseqüentemente auxiliar na prevenção.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, que teve como base o uso de dados obtidos a partir de arquivos pertencentes ao 5º Núcleo Regional de Polícia Técnico-Científica (NRPTC) de Rio Verde – Goiás. Estes documentos abordam aspectos sobre os óbitos por suicídios ocorridos no município e nas cidades vizinhas nas quais este NRPTC abrange, que são: Acreúna, Maurilândia, Montividiu, Paraúna, Porteirão, Santa Helena, Santo Antônio da Barra, Turvelândia e São João da Paraúna.

Foram incluídos na pesquisa todos os registros sobre suicídios coletados pela 5º Núcleo Regional de Polícia Técnico-Científica do município de Rio Verde - GO compreendidos no período entre março de 2012 a março de 2016. E foram excluídos registros fora do recorte temporal, assim como, incompletos, ilegíveis, em branco, rasurados, dentre outros.

As variáveis obtidas e analisadas foram: número de casos de óbitos por suicídio entre os anos de 2012 e de 2016, meios utilizados para o ato, idade, sexo, raça/etnia e estado civil. Os dados foram organizados e distribuídos em gráficos e tabelas do programa Microsoft Excel para realizar a análise estatística.

Obedecendo às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde (CNS) este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Rio Verde (UniRV), para obter a aprovação dos procedimentos adotados visando a proteção do sujeito da pesquisa e somente após a aprovação os dados foram coletados. O protocolo de aprovação do CEP foi 2.143.892.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do presente estudo observou-se a ocorrência de um total de 76 óbitos por suicídio em Rio Verde e região no período analisado entre março de 2012 e março de 2016.

Em relação ao sexo, o mais acometido foi o masculino com 70%, o sexo feminino apresentou 16%, sendo que 14% dos casos não foi declarado o gênero. Tais dados corroboram com estudos no Brasil que demonstram que o risco de suicídio no sexo masculino é aproximadamente quatro vezes maior que no feminino (Ministério da Saúde, 2017).

Quanto ao grupo etário o mais acometido foi o de 20-29 anos no qual ocorreu a maior concentração de casos (16 casos), sendo que a média de idade foi de 39 anos e os extremos etários foram de 13 anos e 89 anos (Figura 1). Conforme a OMS (2001) as faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos são fatores de risco para o suicídio, semelhantes ao encontrado nessa pesquisa. Como demonstrado na figura abaixo, a adolescência apresenta um número considerável de casos, com a ocorrência de suicídios principalmente entre 13-15 anos, e esse período é caracterizado por modificações internas e externas, e as transformações físicas repercutirão na vida psíquica. Por conseguinte, a baixa auto-estima, os conflitos familiares, o fracasso escolar, as perdas afetivas são sintomas que, associados às condições de estresse emocional, podem colocar os jovens em grupo de risco para o suicídio (Teixeira, 2004).

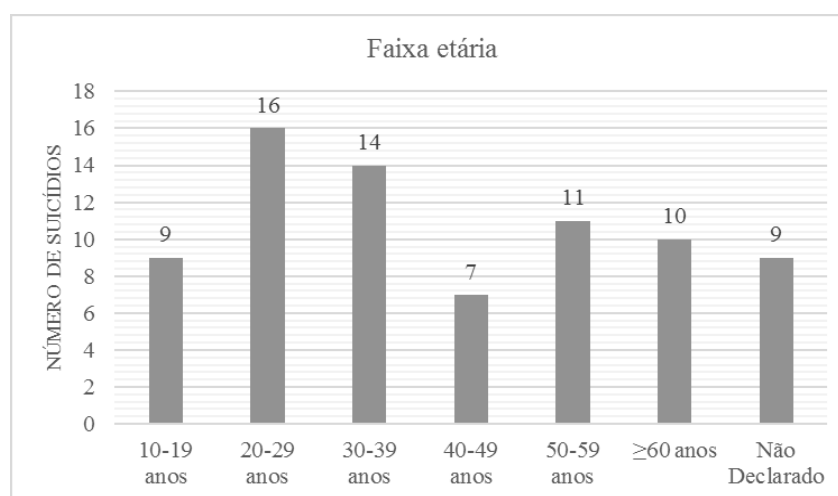


Figura 1. Gráfico de número de suicídios entre as faixas etárias.

O meio mais utilizado para executar o suicídio foi o enforcamento (47%), seguido

por arma de fogo (13%) e envenenamento (5%). Segundo Botega (2014) alguns fatores influenciam na escolha do método adotado para o suicídio como a cultura, o gênero, a faixa etária e o acesso que se tem a esses meios. No Brasil, assim como na Inglaterra e Austrália predomina o enforcamento, entretanto nos Estados Unidos, a arma de fogo é mais usada.

As maiores taxas de óbito por suicídio, conforme o estado civil, ocorreu entre os solteiros (34%), seguido pelos casados (Figura 2). Esse dado é discordante em relação ao casamento que segundo a OMS (2001) este parece ser fator protetor em termos de risco de suicídio, com maiores proporções entre solteiros(as), viúvos(as) ou divorciados(as).

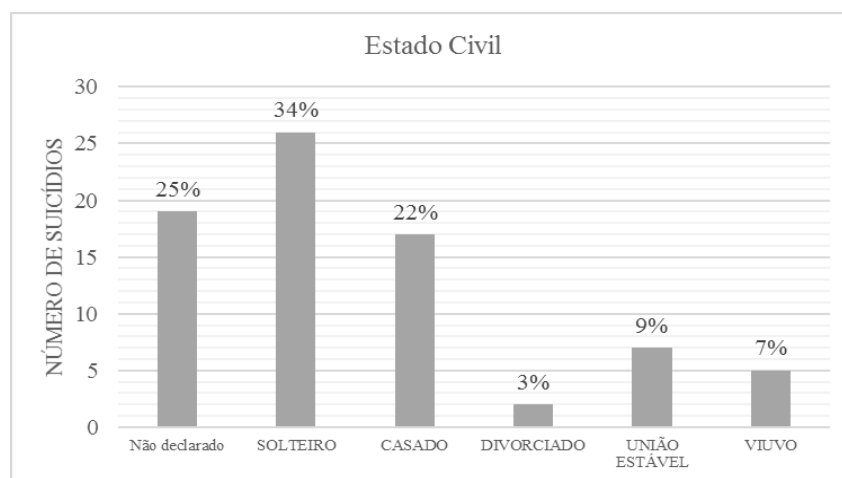


Figura 2. Gráfico de porcentagens de suicídio conforme estado civil.

A pesquisa encontrou que a raça/cor parda foi a mais acometida com 41% dos casos e entre brancos e negros ambos representaram 21%, e houve um total de 17% em que a raça/cor não foi declarada. A população brasileira apresenta variações étnicas conforme as regiões do Brasil, e desse modo, a relação entre o número de suicídios segundo a raça/cor do indivíduo não possui um padrão demonstrado em outras pesquisas.

4 | CONCLUSÃO

O perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio segue um padrão semelhante ao apresentado no Brasil, com maior risco no sexo masculino, entre 20-29 anos, raça/cor parda, usando como meio principalmente o enforcamento e no estado civil o maior número é de solteiros. Deve-se considerar que outros fatores como doenças mentais, uso de drogas lícitas/ilícitas e eventos traumáticos também influenciam na consumação do suicídio.

O número de suicídios tem aumentado nos últimos anos, principalmente entre as faixas etárias mais jovens. O assunto é muitas vezes evitado e negado pela

população, de modo que isso impede o suicida de se comunicar abertamente sobre seus motivos e com isso dificulta a prevenção e isola o indivíduo. Desse modo, a vigilância, capacitação de profissionais da saúde, conscientização e envolvimento da população para identificação precoce desses indivíduos com maior risco é fator determinante na prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, COMISSÃO DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DE SUICÍDIO. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicologia USP, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014.

DURKHEIM, É. **O Suicídio: estudo de sociologia**. 1 ed. Tradução de Manica Stahel. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2001.

HUDZIK, T. J.; CANNON, K. E. **Suicide: Phenomenology and Neurobiology**. Springer International Publishing, Switzerland 2014. p. 02

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. São Paulo: OPAS; Rio de Janeiro: OMS, 2001.p.1-16.

SGOBIN, S. M. T.; TRABALLI, A. S. M.; BOTEGA, N. J.; COELHO, O. R. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 133, n. 3, p. 218-226, 2015.

ASSISTIR E INCLUIR: PRÁTICAS E DESAFIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Daiane Leite de Almeida

Centro Universitário Tiradentes -Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Políticas Públicas.
Maceió -Alagoas.

Ana Lídia Soares Cota

Centro Universitário Tiradentes -Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Políticas Públicas.
Maceió - Alagoas.

Ronaldo Gomes Alvim

Centro Universitário Tiradentes -Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Políticas Públicas.
Maceió - Alagoas.

Thalita da Silva Pereira

Centro Universitário Tiradentes- Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Políticas Públicas.
Maceió - Alagoas.

RESUMO: O objetivo deste artigo é identificar e discutir quais práticas e desafios em saúde mental norteiam as realidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura na base de dados SCIELO, entre 2007 a 2017. Os resultados revelaram que os profissionais desenvolvem ações no âmbito do acolhimento, implantação de grupos terapêuticos e oficinas, visitas domiciliares, matriciamento, medicalização e encaminhamentos ao hospital psiquiátrico, núcleo de saúde da família e centro de atenção psicossocial. Os principais desafios vão desde o despreparo e falta de capacitação

profissional até ausência de organização ou padronização das práticas e falta de tempo. Percebeu-se que os portadores de sofrimento psíquico permanecem excluídos do acesso aos serviços de saúde na atenção básica uma vez que a maioria dos profissionais relatam dificuldades para assistir essa demanda e as práticas, quando ofertadas, são pautadas em estratégias mal organizadas. Conclui-se que para uma nova concepção, se faz necessário que a temática saúde mental tenha um enfoque diferenciado, tanto em termos de formação dos profissionais como também dos programas de saúde, que por vezes focam apenas na prática assistencial da doença/transtorno mental.

PALAVRA-CHAVE: Saúde Mental, Estratégia de Saúde da Família, Inclusão Social.

ABSTRACT: The objective is to present and describe practices and challenges in mental health as the professional realities of Health. An integrative literature review was done in the SCIELO database, between 2007 and 2017. The results revealed what is the development of actions within the scope of hospitalization, implementation of therapeutic groups and workshops, home visits, matriciamento, medicalization and referrals to the psychiatric hospital family health center and psychosocial care center. The main challenges range from detachment and lack of professional training

to the lack of organization or standardization of practices and lack of time. It was noticed that the patients suffering from psychic suffering were excluded from the health services in basic care, since the largest professionals are responsible for the demand and the practice, when offered, are attended in poorly organized organizations. It was concluded that for a new conception, it is necessary that mental health has a differentiated approach, both in terms of training and also in health programs, which sometimes focus on the care practice of mental illness / disorder.

KEYWORDS: Mental Health, Family Health Strategy, Social Inclusion.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo definida pela Política Nacional de Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção, prevenção, proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, e a manutenção da saúde. Sua efetivação se dá por meio do exercício de práticas democráticas e participativas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados (divididos em distritos e áreas de cobertura), pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se no primeiro nível de atenção do SUS, sendo assim considerada como uma ferramenta primordial para a organização e o fortalecimento da APS (BRASIL, 2006). Para a ESF efetivar ações, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais, formadas basicamente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário ou técnicos de higiene dental (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS), por meio das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da APS, vem estimulando ações que remetem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas de SM da população nesse nível de atenção. Assim sendo, a ESF tornou-se fundamental para a atenção em SM, com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio de ações comunitárias (BRASIL, 2007).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), sendo uma política pública social em saúde, reflete-se como fruto das lutas da sociedade decorrentes da Reforma Sanitária e do chamado Movimento de Reforma Psiquiátrica. Ela propõe a integração e organização das atividades em um território definido e uma rede de atenção (Portaria 3.088/2011) voltada para a saúde do indivíduo/família/comunidades. Esta rede envolve ações em saúde mental que devem acontecer em uma contextura na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, amplia a oferta de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e manicômios, como a criação/institucionalização de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e atendimentos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013). Tal configuração de assistência é a designação real do fluxo de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) proposta pela própria PNSM.

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (LUCCHESE, 2004). São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESE, 2004).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESE, 2004).

Diante disto, ao se pensar em políticas públicas em saúde nacional, tem-se o SUS como o principal sistema de leis que rege a saúde fomentada pelo governo brasileiro, ou seja, trata-se de formulação política e organizacional para as ações de saúde de caráter público no país. Este sistema visa à reordenação dos serviços de saúde, a partir de atividades que abrangem ações como a prevenção de doenças, proteção e recuperação de agravos, promoção da saúde, dentre outras (BRASIL, 2006).

Amarante (2008) destaca que a PNSM ocorre em resposta a uma demanda social nacional a fim de mudar o contexto das ações e estruturas de saúde local. Ressalta também que, para atingir os objetivos da Reforma Psiquiátrica, é necessário estar próximo à população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervenção. Estas são justamente as potencialidades da ESF em relação à implementação da PNSM. Por isso, a produção de ações em SM pelas equipes de ESF (e sua articulação em rede), pode ser vista como a forma mais promissora de mobilizar recursos comunitários e de concretizar a Reforma Psiquiátrica.

O MS, utilizando os objetivos da própria PNSM, discute sobre a necessidade das práticas de SM na APS e aponta que essas ações, organizadas dentro da ESF (um dos eixos da RAPS posposto pela PNSM), apresentam potencial para contribuir na construção de alternativas às práticas de exclusão ou simples medicalização dos transtornos mentais. Entretanto, na prática profissional pesquisadores e integrantes das equipes da ESF se deparam com duas grandes questões: "Afim, quais são as ações que devo praticar?", "Terei desafios para efetivá-las na *praxis* profissional?", "Como a ESF pode programar essas práticas em acordo com preceitos da PNSM?" Os cidadãos estão tendo acesso às ações de saúde mental na APS necessárias para a resolução de seus problemas, ou ainda existem restrições e barreiras importantes?

Partindo desse contexto, o presente estudo se propõe a identificar e discutir quais práticas e desafios em saúde mental que vem norteando as realidades diárias dos profissionais da ESF. Com isso, pretende-se delinear um arcabouço de informações sobre essa temática, podendo assim avaliar como se organizam as atividades em SM na APS em consonância com proposta da PNSM. Portanto, espera-se contribuir com reflexões acerca da assistência em saúde mental na APS e do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e seu processo de (re) inserção social, bem como para o exercício dos trabalhadores das ESF frente à PNSM.

2 | MÉTODO

O estudo proposto baseou-se em uma revisão integrativa respeitando as etapas organizadas e pré-estabelecidas, com base no definido por Souza, Silva e Carvalho (2010) os quais a definem como uma abordagem metodológica que determina o conhecimento atual a respeito de qualquer temática proposta, pois identifica, analisa e organiza os resultados de estudos colaborando para o conhecimento do tema investigado.

Para o desenvolvimento do trabalho, formulou-se a pergunta norteadora: Quais as práticas e os desafios em saúde mental na ESF? E, assim, as seguintes etapas foram realizadas: identificação do problema; definição de critérios de inclusão e exclusão; estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; busca dos artigos na literatura; categorização dos estudos; avaliação da amostra; interpretação dos resultados; síntese dos artigos analisados e apresentação da revisão relacionada com as práticas e os desafios relacionados à saúde mental na ESF.

O levantamento bibliográfico abrangeu as publicações nacionais e internacionais de 2007 até 20117, por meio da busca da literatura indexada no banco de dados da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

As estratégias de busca foram guiadas pelos termos controlados, retirados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Saúde Mental (Mental Health); Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy) e Atenção Primária de Saúde (Primary Health Care). Os mesmos foram cruzados entre si e equivalentes, em língua portuguesa, partindo do eixo: Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy) OR Atenção Primária de Saúde (Primary Health Care) AND Saúde Mental (Mental Health).

Para tanto, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais publicados em periódicos científicos disponíveis na íntegra e que respondessem à pergunta norteadora da pesquisa; estudos disponíveis em inglês, português e/ou espanhol. Não foram selecionados textos repetidos na base, pesquisas do tipo relatos de experiência, relatórios de pesquisa e resumos de eventos; artigos do tipo ensaio teórico, reflexões, revisões bibliográficas, cartas, resenhas, editoriais, capítulos de livros, publicações governamentais e boletins informativos. Por fim, realizaram-se

análises descritivas e qualitativas da amostra acompanhados de discussão crítica do material.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a seleção dos artigos, em um primeiro momento surgiram 111 publicações nas três línguas (Português, Inglês e Espanhol), publicadas principalmente nas áreas de Saúde Pública e Enfermagem. Após aplicação dos filtros (de acordo com os critérios previamente estabelecidos) restaram 108 produções com 2 estudos em espanhol, 3 em inglês e 103 em português, estando o maior número de publicações concentradas no período de 2011 a 2013. Tal constatação coincide com a fase imediatamente posterior a publicação da portaria (3.088/11) que regulamenta a Rede Nacional de Saúde Mental. Após a leitura dos títulos e análise crítica dos resumos restaram 45 artigos. Os quais contemplavam os temas Estratégia Saúde da Família e Saúde Mental. Em um segundo momento, foram selecionados os 22 artigos que efetivamente apresentaram potencial para auxiliar na resposta dos objetivos desta pesquisa. Verificou-se que a maioria dos estudos analisados era de abordagem qualitativa, publicados em língua portuguesa e provenientes de estudos realizados na região sudeste do Brasil.

A seguir, o Quadro 1 sintetiza a amostra de forma relacionada com as revistas publicadas, ano e autores.

Nº do Artigo	Título	Autores	Periódico	Ano
1	Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais.	Prata, N.I.S.S et al.	Revista Educ. Saúde, Escola do Janeiro.	2017
2	Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares	Camatta, M.W.et al	Revista da Escola Anna Nery no Rio de Janeiro.	2016
3	Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do Estado do Rio de Janeiro	Junior, A.C.; Amarante, P.D.C.	Caderno de Saúde coletiva do Rio de Janeiro.	2015
4	Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro	Wenceslau, L.D. Ortega, F.	Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação em São Paulo.	2015

5	Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?	Gryschek, G. Pinto, A.M.A.	Revista Ciência & Saúde Coletiva no Rio de Janeiro.	2015
6	Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários.	Jorge, M.S.B et al	Revista da Escola de Enfermagem da USP.	2014
7	Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade.	Miranda, L. et al	Revista Psicologia: Ciência e Profissão em Brasília.	2014
8	A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família.	Wetzel, C. et al	Revista Gaúcha de Enfermagem	2014
9	Atenção à Saúde Mental na estratégia saúde da família: Recursos não reconhecidos.	Ribeiro, M.O.P. et al	Revista de Psicologia da USP.	2013
10	Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental.	Moliner, J. Lopes, S.M.B.	Revista de Saúde e Sociologia de São Paulo.	2013
11	Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira.	Souza, L.G.S. et al	Revista de Saúde e Sociologia de São Paulo.	2012
12	Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental.	Waidman, M.A.P. et al	Revista da Escola de Enfermagem da USP.	2012
13	Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade.	Pinto, A.G.A. et al	Revista de Ciência & Saúde Coletiva no Rio de Janeiro.	2012
14	Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica.	Waidman, M.A.P. et al	Revista Acta Paulista de Enfermagem.	2011
15	Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família.	Jorge, M.S.B. et al	Revista Acta Paulista de Enfermagem.	2012

16	Visita domiciliar na atenção à saúde mental.	Silva, C.M.C. et al	Revista Ciencia y enfermeira no Chile.	2011
17	Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as Tecnologias em saúde.	Mielke, F.B. Olschowsky, A.	Escolar Anna Nery no Rio de Janeiro.	2011
18	As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde Mental no programa saúde da família.	Amarante, A.L. et al	Revista Texto Contexto Enfermagem em Santa Catarina.	2011
19	A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado.	Arce, V.A.R. et al	Revista de Saúde Coletiva no Rio de Janeiro.	2011
20	Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família.	Dimenstein, M. Camuri, D.	Revista de Saúde Sociologia de São Paulo.	2010
21	Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil.	Rosenstock, K.I.V. Neves, M.J.	Revista Brasileira de Enfermagem em Brasília.	2010
22	Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?	Ribeiro, L.M. et al	Revista da Escola de Enfermagem da USP.	2009

Quadro 1 - Caracterização da pesquisa de acordo com título, autores, periódicos e ano de publicação.

Fonte: Elaborado pelos autores de acordo com achados da pesquisa, 2017.

Nº do Artigo	Tipo	Objetivo	Resultados
1	Qualitativa com entrevistas semiestruturadas, grupo focal e visitas sistemáticas. Análise narrativa.	Discutir os desafios para a implementação das ações de saúde mental na ESF.	Discurso dos gestores de abertura para inclusão da saúde mental na ESF; trabalhadores com sensação de despreparo e baixa percepção do potencial terapêutico da atenção básica; associação direta entre saúde mental e violência.
2	Qualitativa com entrevistas semiestruturadas e análise compreensiva.	Compreender as expectativas de familiares de usuários com transtorno mental da ESF em relação às ações de saúde mental.	Os familiares esperam ter um relacionamento social com ESF, A relação ainda é superficial e o único dispositivo é a visita domiciliar para transcrição de medicamentos. Observam a necessidade de investimentos na equipe.

3	Qualitativa, com entrevistas semiestruturadas e o material coletado foi analisado pela análise do discurso.	Foi compreender as abordagens e as práticas com as demandas em saúde mental no exercício do médico na ESF, a relação com as questões de saúde mental e com o uso de medicações psicofarmacológicas.	A relação que os médicos assumem está muito atrelada a uma visão clínica-institucional, apenas consultas individuais para transcrição de medicamentos, apesar de relatarem alta demanda em saúde mental não se sentiam preparados.
4	Qualitativo com análise teórica da literatura dos estudos nacionais e internacionais sobre a temática.	Apresentar uma análise teórica sobre a integração da saúde mental na Atenção Primária sob a perspectiva dos objetivos e estratégias da Saúde Mental Global.	Estudos apontam razões para Atenção primária atender demandas SM (resguardar direito humanos, vínculo, melhor acesso). As práticas ainda são restritas a medicamentos e visitas domiciliares, necessidade de capacitações e suporte. Os estudos internacionais ratificam a integração da saúde mental na atenção primária à saúde como estratégia. No Brasil o tema é relevante para as políticas e pesquisas em saúde mental, porém, demandam melhor definição.
5	Qualitativo com Revisão de literatura científica	Entender como a Saúde Mental se insere na prática da Estratégia de Saúde da Família.	Encaminhamento, visitas domiciliares e medicalização foram as práticas observadas. O Apoio Matricial como estratégia de capacitação da equipe. Desafios como despreparo e medo.
6	Qualitativo com uso de entrevista semiestruturada e Análise Lexical software Alceste.	Entender as representações sociais sobre resolubilidade do cuidado em saúde mental pelos profissionais da ESF, do CAPS e dos usuários dos serviços.	Os usuários referem satisfação com o atendimento e profissionais percebem a necessidade de melhoria das ações de saúde. São desenvolvidos matriciamento, visita domiciliar, e medicalização, mas persistem o desafio relacionado à organização dessas práticas.
7	Qualitativa, com grupos focais, entrevistas em profundidade e pesquisa documental.	Compreender a organização da assistência psicossocial em uma cidade de médio porte.	Pacientes são vistos por periculosidade e carência, prescrição de medicamento é a principal estratégia terapêutica acrescida do encaminhamento.
8	Estudo avaliativo, qualitativo, uso de entrevistas, análise foi baseada no Método Comparativo Constante.	Discutir a rede de atenção em saúde mental a partir do cotidiano de uma ESF.	Evidenciou importantes recursos de cuidado como a parceria com a academia. No entanto a lógica do encaminhamento é fortemente prevalente não tendo ações diretas em SM. Apontam como desafios a falta de tempo e preparo técnico.

9	Qualitativo com uso do grupo focal. A análise do material foi qualitativa de análise temática.	Compreender quais são os sentidos construídos com trabalhadores da ESF sobre seus recursos para lidar com questões relacionadas à Saúde Mental, em detrimento de suas deficiências e falhas.	Reconhecem a importância da aproximação com as necessidades de saúde mental, valorizam ações de prevenção e a necessidade de relação com serviços especializados. Expõem ações limitadas presentes mais em situações de emergência. Enfatizam a necessidade de criação de espaços de reflexão e de capacitações.
10	Qualitativa a partir de entrevistas semiestruturadas individuais e observações.	Conhecer como vem se configurando as práticas em saúde mental na atenção básica, através de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF).	Os resultados indicam que as práticas assistenciais refletem a concepção de saúde mental como doença; poucas vezes houve referência a práticas de promoção e preventivo à saúde mental. Os grupos e visitas domiciliares estão dentro do contexto dos outros programas, a medicalização e os encaminhamentos prevalecem.
11	Qualitativo com Revisão narrativa, descritiva, com análise temática.	Analisar os principais temas da literatura científica brasileira sobre saúde mental na Estratégia Saúde da Família.	Apontaram problemas como lógica manicomial, ausência de fluxos, estratégias, apoio qualificado às famílias e de integração em rede. Indicou a necessidade de realização de pesquisas, sobre a atuação profissional na Saúde da Família frente a SM.
12	Estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa a partir de entrevista com questionário semiestruturado	Identificar as percepções de Agentes Comunitários de Saúde acerca de saúde e transtorno mental, bem como verificar o preparo desses agentes para atuar na área.	Os resultados obtidos demonstram preconceitos, despreparo profissional, e falta de esclarecimento quanto ao papel diante a demanda de SM. Apesar disso, reconheceram a importância do trabalho de SM na ESF.
13	Qualitativa com técnica de grupo focal, entrevistas semiestruturadas e observação sistemática.	Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da ESF e do CAPS pelo processo de matriciamento.	As atividades do matriciamento em saúde mental disponibilizam ampliação de acesso à saúde direcionada para a integralidade. A ajuda do matriciamento a partir da demanda ajuda a superar a realidade de práticas de medicalização que excluíam as possibilidades de oferecer outras ações em SM.
14	Qualitativo, exploratório descritivo, através de entrevistas individuais, com análise de conteúdo.	Conhecer como os enfermeiros que atuam na ESF percebem sua capacitação para assistir a pessoa com transtorno mental e sua família. Identificar as atividades desenvolvidas por eles.	Os enfermeiros não se sentem preparados para atender às necessidades de saúde mental e suas atividades restringem-se aos programas de saúde já estruturados, visita domiciliar e consultas médicas.

15	Qualitativa que utilizou as técnicas de entrevista, grupo focal e observação sistemática. A análise a partir da hermenêutica crítica	Analisar como o apoio matricial em saúde mental contribui com a produção do cuidado integral com ênfase nas inter-relações entre trabalhador/ usuário/ família.	O apoio matricial favorece a interação entre equipes da atenção básica e equipes dos CAPS, assegura cuidado de base territorial, com interação de práticas. Quando as relações trabalhador/usuário/família são mais próximas, permitem melhor acolhimento das demandas pela equipe. No entanto, aponta-se como dificuldade o predomínio da prática biomédica.
16	Qualitativo de Revisão de literatura do tipo narrativa com a técnica da análise temática.	Descrever o processo de atendimento domiciliar à saúde mental no contexto do PSF, e discutir os aspectos que fundamentam e/ou interferem no cuidado domiciliar ao cliente.	O preparo profissional e a percepção vivencial dos doentes mentais em sua comunidade, obtida através do acompanhamento domiciliar, permitem a qualidade assistencial.
17	Avaliação da quarta geração, com entrevistas e observação participante, com análise pelo Método Comparativo Constante.	Avaliar as tecnologias em saúde utilizadas por equipes da Estratégia Saúde da Família para o desenvolvimento de ações de saúde mental no território.	Os profissionais utilizam diversas tecnologias para a inclusão da saúde mental no território, tais como acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e grupo terapêutico.
18	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, a partir de entrevistas abertas e com análise de conteúdo.	Descrever as estratégias utilizadas pelos "enfermeiros da família" no cuidado com pacientes em sofrimento psíquico.	Dificuldade de identificar a atenção à saúde dos portadores de sofrimento psíquico parte de ações no cotidiano da ESF. Mesmo não sendo planejadas, existem estratégias indiretas de cuidado.
19	Quali-quantitativo com entrevista semiestruturada. Para análise do material adotou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.	Analisar as práticas de Saúde Mental na atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família quanto a seus potenciais e limites para o cuidado integral aos sujeitos em situações de sofrimento mental na atenção primária.	Verificou-se baixa capacidade de resolutividade uma vez que as ações desenvolvidas privilegiam consultas ambulatoriais médicas e encaminhamentos para internações. O desafio está na necessidade de qualificação das equipes da ESF e na ausência de uma rede de apoio.
20	Qualitativo, descritivo através de entrevista semiestruturada e observação de campo.	Refletir sobre processos de trabalho em saúde na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao cuidado em saúde mental.	Os processos de trabalho são burocratizados e hierarquizados e as práticas de cuidado esquadriham os usuários a partir do saber de cada profissional. Há lógica da especialidade e as equipes não acolhem e não se responsabilizam pela demanda, realizando encaminhamentos.

21	Qualitativo, com entrevista semiestruturada.	Investigar o papel destes enfermeiros na abordagem aos dependentes de drogas, analisando estratégias de cuidados básicos de enfermagem.	Constatou-se a carência na formação profissional dos enfermeiros em relação à dependência de drogas, restringindo suas ações ao encaminhamento dos usuários.
22	Analítico, com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de história oral temática.	Descrever as atividades voltadas para a atenção ao portador de transtorno mental na ESF e identificar se os profissionais encontram-se preparados.	De acordo com as falas pôde-se constatar que não há atividades para o portador de transtorno mental na rede básica, e que a falta de capacitação das enfermeiras emerge como um desafio a ser superado.

Quadro 2 - Resumo dos aspectos analisados, proporcionando a comparação e melhor compreensão dos seus objetivos, tipo de estudo e principais resultados.

Fonte: Elaborado pelos autores de acordo com achados da pesquisa, 2017.

A partir da leitura exploratória, os artigos selecionados foram categorizados em duas grandes questões a fim de responder o problema proposto pela presente pesquisa: "Práticas de saúde mental realizadas na ESF" e "Desafios encontrados na ESF".

3.1 Práticas de saúde mental realizadas na ESF

Os estudos analisados mostraram que, após três décadas do início da Reforma Psiquiátrica, foram poucas as mudanças relacionadas à prática dos profissionais de saúde mesmo após leis e portarias que regulamentam ações nos diferentes níveis de atenção. Sabe-se que o maior objetivo da reforma é a desinstitucionalização, que busca não só a desconstrução do manicômio, mas o resgate do fenômeno da loucura através da invenção de novos conceitos, práticas e saberes.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando a inclusão do campo de saúde mental na Atenção Básica com diretrizes para a organização das ações e estas estão pautadas em algumas noções e conceitos como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos e integralidade do cuidado.

Alguns levantamentos como os de Prata et al. (2017) e de Wenceslau e Ortega (2015) corroboram com as pesquisas de Jorge et al. (2014) e de Miranda et al. (2014) e apontam que, apesar das confluências teóricas de que as equipes da ESF têm potencial para oferecer maiores cuidados em SM, em especial devido ao vínculo que estabelecem com as famílias, quase inexistiam ações nas equipes estudadas. E que quando praticadas, eram limitadas a certos profissionais da equipe. Os autores

denotam como atividades o matriciamento por parte do CAPS ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), medicalização e encaminhamento para outros serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais confessam não terem muito conhecimento de suas finalidades.

Uma pesquisa sobre práticas de SM com médicos (JUNIOR AND AMARANTE, 2015) demonstrou que os mesmos só realizavam consulta individual em SM quando eram agendadas a partir de pedidos dos familiares nas comunidades. Os profissionais discutem sobre altas demandas em suas unidades de saúde, porém suas equipes não oferecem nenhuma atividade voltada para a área específica. No estudo de Waidman et al. (2011) com enfermeiros e agentes comunitários de saúde, foi mostrado que tais profissionais realizavam visitas domiciliares e encaminhamentos para outros serviços de saúde e apontaram a dificuldade da participação dos médicos nas ações que não fossem as consultas individuais.

A consulta médica ainda é uma prática requisitada na gestão das demandas como única resolução. Para usuários e familiares, o atendimento médico significa um caminho para a melhoria de sua condição de saúde. Consoante evidenciado, o cuidado operado no cotidiano da ESF se revela nas medidas prescritivas, procedimentos de controle e intervenções programáticas do processo saúde-doença, tais práticas incorporam ainda uma resistência para o atendimento de pessoas com problemas psíquicos (GRYSCHEK AND PINTO, 2015).

Em um estudo de análise teórica (WENCESLAU ANDORTEGA, 2015) os autores concluíram que as ações de SM na APS não apresentam uniformidade em sua execução e dependem de mobilização individual dos profissionais ou de decisão política.

Em relação às rotinas das equipes da ESF, os estudos de Pinto et al. (2012) Waidman et al. (2011) e Mielke e Olschowsky (2011) foram os únicos que trouxeram como atividade as dinâmicas em sala de espera, discussões coletivas, diálogo individual em cada atendimento e acolhimento. No conteúdo de cada atendimento a equipe enfatizava os aspectos da subjetividade, equilíbrio mental do indivíduo entendendo que essa abordagem influenciaria nas suas relações sociais e no enfrentamento do estresse cotidiano.

Waidman et al. (2011) relatam a realidade de uma ESF que se destaca por proporcionar atividades que vão além da clínica, direcionadas aos pacientes com transtornos mentais que fazem uso de psicotrópicos, utilizando a prática do exercício mental, do artesanato e o exercício físico através da ginástica e academia da terceira idade.

O grupo de artesanato com mulheres na ESF constituiu uma forma de manutenção e reequilíbrio da SM, serviu para ajudar as pessoas que se encontram em processo patológico já instalado (Pinto et al., 2012).

Inicialmente, o que se observa e é posto em prática na APS são as atividades transversais. Assim, observou-se que o enfoque dado aos problemas psíquicos foi ao

se constatar, na comunidade, se o indivíduo é "portador de doença mental" ou não, devendo essas ações permear as demais abordagens programadas para cada grupo populacional, situação de risco ou vulnerabilidade.

Em estudo que envolve a família, pode-se observar que a comunidade reconhece a ESF como uma equipe que acolhe as demandas de SM e veem como um dispositivo forte as visitas domiciliares, pois neles seria possível perceber novos casos e acompanhar a realidade dos mesmos. Reconhecem que as ações também se restringem a encaminhamentos, consulta médica e visitas, e propõem ações como grupos, oficinas e espaço de escuta (CAMATTA, TOCANTINS AND SCHNEIDER, 2016).

A importância do cuidar nas práticas em saúde é fundamentalmente o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro, em que se permite uma permeabilidade do técnico ao não técnico, buscando uma maior autenticidade. Neste sentido, a dimensão dialógica no encontro entre usuários e profissionais, a partir de atividades, rompendo o monólogo técnico-científico, é a mais básica condição de ação de saúde na direção do cuidar (AMARANTE et al., 2011).

O matriciamento, as visitas domiciliares e os grupos terapêuticos aparecem como atividades presentes nas ESF e favorecem a resolubilidade do cuidado em SM. Tais atividades mobilizam a equipe para uma aproximação intersubjetiva, observando questões e condições da dimensão psicossocial, tanto nos aspectos socioeconômicos, quanto na condição clínica, facilitando o acesso e efetivando resolução de queixas e necessidades (RIBEIRO et al., 2013; MOLINER e LOPES, 2013).

Mediante o discutido pode-se perceber que a visita domiciliar pode ser uma estratégia que possibilita o acesso ao serviço de saúde, que articula a promoção da saúde e prevenção de agravos e propicia maior conhecimento do cotidiano da comunidade, possibilitando obter informações valiosas acerca dos fatores que determinam a qualidade de vida e de saúde.

Silva et al. (2011) falam que as visitas domiciliares em SM, quando bem empregadas e realizadas pelos profissionais da saúde, podem resultar no conhecer acerca também da subjetividade bem como do sistema do qual os pacientes fazem parte, envolvendo não apenas o olhar para o sujeito, mas para toda a sua família. Assim, não responsabilizando pelos cuidados, mas também cuidando dela para que o cuidado seja mais efetivo.

O Apoio Matricial (AM) se constitui em uma proposta de articulação da rede de SM com as UBS, permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada, favorecendo a co-responsabilização entre as equipes, promovendo saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas por meio de um profissional de SM que acompanhe sistematicamente as unidades (PINTO et al., 2012).

Tanto os grupos terapêuticos como as visitas domiciliares se configuram como uma das possibilidades para um novo fazer em saúde mental na APS, sendo necessário

para a sua concretização, um olhar integral e ampliado acerca da clínica e das práticas que concernem a ela.

Souza et al., (2012) e de Dimenstein e Camuri, (2010) também recolheram dados sobre como profissionais desenvolviam intervenções em SM. Os autores observaram ausência de registro em prontuários; dificuldades de estabelecer vínculos com os usuários; temor da equipe quanto à violência do bairro e quanto a possíveis comportamentos agressivos dos usuários; ausência de estratégias para lidar com violência e com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas e permanência da lógica da internação como horizonte "terapêutico".

No que diz respeito às atividades de saúde mental realizadas no âmbito da prevenção e promoção da SM, nenhuma das pesquisas mostrou ações nessa área. Isso demonstra que as equipes da ESF ainda lidam de forma centralizada com o modelo biomédico da doença. Entretanto é possível transpor essa realidade mediante uma abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados. Observa-se assim uma necessidade dos profissionais assumirem um papel central no cuidado integral à SM, tornando as unidades locais, não só de diagnóstico e encaminhamentos, mas com ofertas de cuidado integral.

3.2 Desafios encontrados na ESF

Para além das ações na ESF se faz necessário compreender quais desafios em SM são encontrados no dia a dia dos profissionais de saúde. Nos trabalhos de Arce et al., (2011) e Ribeiro et al., (2009) foi enfatizado que, nem sempre as equipes da ESF se sentem capazes de lidar com a demanda de SM.

Em geral, os profissionais declaram que se sentem despreparados para lidar com práticas de saúde mental e que as capacitações oferecidas pelos gestores são insuficientes, gerando sentimentos de impotência e frustração (ROSENSTOCK e NEVES, 2010). Resultados semelhantes foram obtidos por Moliner e Lopes, (2010) em que a equipe analisada menciona que se sente frustrada, paralisada, sem tempo na agenda da rotina diária e com medo diante das demandas em SM.

O NASF se apresenta junto com o Matriciamento como ferramentas essenciais mediante seus conflitos na impossibilidade de lidar com as demandas de SM. Nesse contexto, as capacitações e treinamentos constituem alternativas para que todos os atores envolvidos nesse processo de cuidado sejam beneficiados, tanto a pessoa, que assim recebe um tratamento adequado, como o profissional, que passa a adquirir a qualificação necessária para abordar esses pacientes.

A atual Política Nacional de Atenção Básica reforça o NASF como componente da APS, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações deste nível da atenção, bem como sua resolubilidade (WENCESLAU e ORTEGA, 2015). Além disso, o apoio matricial em SM por intermédio dos NASF é o mecanismo, melhor fundamentado em portarias, para qualificar a ESF para este atendimento. Este fato,

porém, provoca a dúvida se esta deveria ser a única, ou se é a melhor forma de promover esta qualificação (MIRANDA et al., 2014).

Visto desta forma, há de se destacar que ainda merece destaque a falta de identificação do profissional com a área da saúde mental e a falta de ética, conforme observado em alguns relatos, como também nas expressões corporais (olhar, trejeitos faciais, inquietação) durante a coleta de dados de algumas pesquisas (WETZEL et al., 2014). A falta de capacitação profissional prejudica a assistência às pessoas em sofrimento mental, as quais devem ser atendidas em conformidade com as políticas de saúde, ou seja, de forma digna, humanizada e respeitosa. Como fatores desencadeantes da ineficiência do atendimento aos pacientes e sua família, foram referidas a deficiência na formação acadêmica (déficit de conhecimento), a falta de atualização e treinamento na área, jornadas de trabalho exaustivas, remuneração insuficiente e excesso de responsabilidades (WAIDMAN et al., 2011).

Assim, ficou constatado que as principais barreiras no cotidiano das equipes são: o desconhecimento da reforma psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF, a não identificação de problemas como prioridades nas áreas estudadas, a falta de condições para o atendimento, incluindo ausência de medicações psiquiátricas e a inexistência de uma rede em saúde mental que funcione como retaguarda e permita uma referência rápida em casos de necessidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da recente mudança de paradigma na atenção à saúde mental e as discussões a partir das realidades dos profissionais da ESF, devemos considerar a integração de atividades no campo da saúde mental ainda como um grande desafio. A análise dos trabalhos indicou ainda que de forma "tímida" e, muitas vezes, isolada, as seguintes práticas de SM na ESF: acolhimento, consulta individual, grupos terapêuticos, oficinas, visita domiciliar, matriciamento, encaminhamento e medicalização, acreditando que desde que pudessem ser estimuladas, essas ferramentas certamente seriam o berço das ações em SM.

Para superar as diversas dificuldades relatadas pelos profissionais da ESF ao lidar com as demandas de SM, o apoio matricial, por meio do NASF, tem sido proposto e avaliado como a principal resposta a estes problemas.

Foi possível verificar também que grande parte dos profissionais não se sente capacitado para trabalhar saúde mental na ESF em decorrência do pouco treinamento direcionado ao tema, o que maximiza a existência de barreiras que impedem o desenvolvimento de ações de cuidado voltadas a este grupo social. Medo, desconhecimento, carência de capacitações, sobrecarga, falta de interesse foram temas persistentes nas pesquisas e postos como grande questão que impossibilita a efetivação de ações.

Portanto, para uma nova concepção, se faz necessário que a temática saúde

mental tenha um enfoque diferenciado, tanto em termos de formação dos profissionais como também dos programas de saúde, que por vezes focam apenas na prática assistencial da doença/transtorno mental. Sabe-se que a APS deve atender tanto as ações de assistência como de promoção e prevenção da saúde mental e, para que isso se faça possível, é necessária a ampliação do olhar para a saúde do usuário.

Portanto, após décadas de implantação dessas políticas ainda é grande o desafio na garantia dos direitos à saúde dessa população. Contudo, é preciso estimular e fortalecer os profissionais a fim de promoverem ações em SM para garantir a inclusão social e liberdade das pessoas em adoecimento mental. A efetivação das práticas de SM na APS são respostas para superação de um modelo asilar que desrespeita dos direitos humanos a essa população.

É preciso fortalecer a competência dos diversos atores sociais para uma atuação orgânica e consistente nos processos de implementação e avaliação das políticas, especificamente as de SM, na agenda de prioridades governamentais e na formulação de projetos alternativos que levem em conta as realidades daqueles atores da linha de frente que são os com responsabilidade direta sobre a condução da política, assim como também os gestores da saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. **Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** In: FLEURY, S., organizadora. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

AMARANTE, P.D.C. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado.** In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARANTE, A. L. et al. **As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família.** Texto contexto enfermagem. Florianópolis, v. 20, n.1, p.85-93, 2011.

ARCE, V.A.R. et al. **A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado.** Physis. Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.541-560, 2011.

BRASIL. Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Série E. Legislação em Saúde.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, n. 34- Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

CAMATTA, M. W.; TOCANTINS, F. R. and SCHNEIDER, J. F. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares.** Escola. Anna Nery. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.281-288, 2016.

CAMPOS JUNIOR, A.; AMARANTE, P. D. C.. **Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro.** Caderno saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p.425-435, 2015.

DIMENSTEIN, M.; CAMURI, D. **Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família.** Revista de Saúde Sociologia de São Paulo. São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M.. **Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?** Ciências saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.20, n.10, p.3255-3262, 2015.

JORGE, M. S. B. et al. **Solvability of mental health care in the Family Health Strategy: social representation of professionals and users.** Revista escola enfermagem USP, São Paulo, 2014, v.48, n.6, p.1060-1066, 2014.

JORGE, M. S. B et al. **Matrix tool in the production of integrated care in the family health strategy.** Acta paulista enfermagem. São Paulo, v.25, n.2, p.26-32, 2012.

LÚCHESE, P.T. **Políticas Públicas em Saúde. Informação para tomadores de decisão em Saúde Pública.** São Paulo: BIREME/OMS/OPAS 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2017.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. **Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde.** Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.762-768, 2011.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K.; SANTOS, C. B. T. **Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade.** Psicologia e ciências profissionais. Brasília, v.34, n.3, p.592-611, 2014.

PINTO, A. G. A. et al. **Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade.** Ciência saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.653-660, 2012.

PRATA, N.I.S.S et al. **Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. Trabalho educação e saúde.** Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.33-53, 2017.

RIBEIRO, M. O. P. et al. **Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos.** Psicologia USP [online]. São Paulo, v.24, n.3, p.369-390, 2013.

RIBEIRO, L. M. et al. **Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?.** Revista escola enfermagem USP. São Paulo, v.44, n.2, p.376-382, 2010.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. **Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil.** Revista brasileira de. Enfermagem. LOCAL, v. 63, n.4, p.581-586, 2010.

SILVA, M. G. C. et al. **Visita domiciliar na atenção à saúde mental.** Ciência enfermagem. São Paulo, v.17, n.3, p. 125-136, 2011.

SOUZA, L. G. S. et al. **Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira.** Saúde sociedade. São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão Integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

WAIMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. **Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental.** Revista escola enfermagem USP. São Paulo, v.46, n.5, p.1170-1177, 2012.

WAIMAN, M. A. P et al. **Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica.** Acta paulista enfermagem. São Paulo, v.25, n.3, p.346-351, 2011.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. **Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro.** Interface (Botucatu). Botucatu-SP, v.19, n.55, p.1121-1132, 2015.

WETZEL, C. et al. **A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família.** Revista Gaúcha Enfermagem. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 27-32, 2014.

BASES GENÉTICAS E EPIGENÉTICAS DA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Romes Bittencourt Nogueira de Sousa

Instituto de Ciências Biológicas/UFG – e-mail:
romesbittencourtsousa@gmail.com.

Isadora Alves da Silva

Instituto de Ciências Biológicas/UFG – e-mail:
Isadora-alves@hotmail.com.

Nádia Aparecida Bergano

Departamento de Genética/Instituto de Ciências Biológicas/UFG – e-mail:nbergamo@yahoo.com.

Ana Cristina Silva Rebelo

Departamento de Morfologia/Instituto de Ciências Biológicas/UFG – e-mail:anacristina.silvarebelo@gmail.com.

PALVRAS-CHAVE: Depressão na adolescência, psiquiatria, genética, epigenética.

INTRODUÇÃO

É conhecido que a adolescência é uma fase de profundas e contínuas transformações para o indivíduo. Alterações psíquicas, físicas e sociais podem ser observadas claramente. É o momento de inserção do ser no mundo e da consolidação de uma personalidade cuja formação se iniciou na infância. Neste período, o adolescente deve romper com o que o fora ensinado na infância, deve-se desligar do que é imposto pelos pais, afim de consolidar uma futura vida adulta (BIAZUS, RAMIRES, 2012.

LEVISKY, 2002). Este rompimento, para muitos adolescentes, pode ser penoso e gerador de sofrimento, sendo um dos principais, a depressão.

Trata-se a depressão, sobretudo na adolescência, de um processo patológico grave capaz de gerar irritação, instabilidade emocional e de humor, alterações no apetite, com eventual perda de peso, distúrbios de sono, hipocondria, muitas vezes oriunda de queixas psicossomáticas, e ideação suicida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE apud MARQUES, 2014. KADZIN, MARCIANO, 1998).

É grave o problema da depressão na adolescência. Estatísticas mostram que 20% de estudantes de segundo grau sentem-se profundamente infelizes ou tem problemas emocionais (BALLONE, MOURA. 2008). Agrava ainda mais a problemática a negligência para o problema dado por familiares, oriunda da falta de compreensão a cerca do tema, e que leva, por exemplo, a criação de um ambiente psíquico e social mais propício para atos extremos, como a tentativa de suicídio.

O que pesquisas modernas vem mostrando é que não são apenas fatores ambientais os responsáveis pela manifestação da depressão. A genética e a epigenética tem-se mostrado campos crescentes de descobertas a

cerca das origens microscópicas da depressão (BAHLS, BAHLS, 2002). Genes como o transportador de serotonina (*5-HTT*), receptor metabotrópico de glutamato (*GRM-7*) e o da proteína de ligação ao cálcio (*S100A10*) parecem estar relacionados a processos neuroquímicos cerebrais capazes de gerar a depressão (WANG, et al, 2016. LI, et al, 2016. SEO, et al. 2016).

A depressão é um transtorno mental que está associada à uma série de desordens na atividade neuronal do cérebro, atualmente o grande desafio para destrinchar a etiopatologia dessa doença tem sido a investigação de seus componentes genéticos. E uma das dificuldades centrais é a caracterização precisa do seu fenótipo, estima-se que o componente genético representa cerca de 40% da susceptibilidade para desenvolver depressão unipolar (LAFER, FILHO, 1999). Os distúrbios de humor são diferenciados entre depressão unipolar e bipolar, sendo o maior fator de distinção entre os dois a presença de uma mania ou hipomania (mudanças de humor cíclicas) em algum momento de seu curso clínico (RIO, 2008).

A epigenética, nova disciplina científica cujo estudo se faz sobre as modificações na expressão gênica não decorrentes de modificações na cromatina, também tem chamado a atenção em estudos de psiquiatria molecular, e isso decorre porque, ao que tudo mostra, modificações epigenéticas são profundamente relacionadas a alterações ambientais.

Deste modo, o presente trabalho trata-se de uma revisão sistemática acerca dos componentes genéticos e epigenéticos da depressão na adolescência, visando mostrar a complexidade não apenas psicofisiológica, mas também molecular existente por trás da depressão, tendo em vista que alterações moleculares são susceptíveis a multifatores e em grande relevância o meio em que o indivíduo está inserido.

JUSTIFICATIVA

A depressão na adolescência é um problema real e crescente em nosso meio. Compreender seu funcionamento celular e molecular ainda é um desafio para a ciência contemporânea. Esta compreensão pode auxiliá na produção e utilização de fármacos e terapêuticas com maior eficácia no tratamento do referido transtorno e com menores efeitos colaterais.

O presente trabalho também se justifica como modo de aumentar o entendimento da sociedade acerca da complexidade e periculosidade que é a depressão, catalisando ações de prevenção, tratamento e cura da problemática, uma vez que muitos podem apresentar sintomas depressivos, mas poucos acabam indo em busca de ajuda.

Este estudo sintetiza também parte do conhecimento científico moderno acerca dos componentes genéticos e epigenéticos da depressão na adolescência, servindo de base para a expansão futura de estudos neste campo.

OBJETIVOS

O presente trabalho objetiva esclarecer a cerca dos componentes genéticos e epigenéticos envolvidos na gênese e desenvolvimento da depressão na adolescência, chamando atenção para a complexidade psicofisiológica e molecular do transtorno.

METODOLOGIA

Durante o mês de julho de 2016, foi realizado um levantamento de artigos no buscador PubMed, sem limite de data, através de descritores correlatos ao tema¹. Como critérios de elegibilidade, adotou-se os artigos estarem em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, apresentarem resumo e palavras chave, e apresentarem alguma associação entre a depressão em adolescentes e expressão gênica, polimorfismos genéticos e mecanismos epigenéticos.

RESULTADOS, DISCUSSÃO

Ao todo, 171 artigos foram levantados. A primeira etapa de avaliação dos artigos observou a relação destes com o tema proposto, e para tanto analisou-se título e resumo. 08 artigos restaram ao final da primeira etapa. Destes, dois trabalhos foram excluídos por estarem em língua chinesa e duplicados, restando, para leitura na íntegra, um total de 06 artigos.

Abaixo, segue uma tabela apresentando os artigos selecionados para leitura e composição deste trabalho, seu autor principal, país em que ocorreu o estudo, revista e ano de publicação.

Autor / País	Título	Revista, ano
Dempster, et al. / Inglaterra.	Genome-wide methylomic analysis of monozygotic twins discordant for adolescent depression.	Biological Psychiatry, 2014.
Lau, et al. / Inglaterra.	Amygdala function and 5-HTT gene variants in adolescent anxiety and major depressive disorder.	Biological Psychiatry, 2009.

1. Os descritores utilizados estavam de acordo com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e foram: (Depressive Disorder, Major AND Adolescent Psychiatry AND Polymorphism, Genetic), (Depressive Disorder, Major AND Adolescent Psychiatry AND Gene Expression), (Depressive Disorder, Major AND Adolescent Psychiatry AND Quantitative Trait, Heritable), (Depressive Disorder, Major AND Adolescent Psychiatry AND Quantitative Trait Loci), (Depressive Disorder, Major AND Adolescent Psychiatry AND DNA Methylation) e (Depressive Disorder, Major AND Adolescent Psychiatry AND Acetylation)

Blázquez, et al. / Espanha.	One-Year Follow-up of Children and Adolescents with Major Depressive Disorder: Relationship between Clinical Variables and Abcb1 Gene Polymorphisms.	Pharmacopsychiatry, 2016.
Swann, et al. / Estados Unidos.	Effect of OPRM1 and stressful life events on symptoms of major depression in African American adolescents.	Journal of Affective Disorders, 2014.
Tomoda, et al. / Japão.	No interaction between serotonin transporter gene (5-HTTLPR) polymorphism and adversity on depression among Japanese children and adolescents.	BMC Psychiatry, 2013.
Geng, et al. / China.	Comparison of the polymorphisms of androgen receptor gene and estrogen alpha and beta gene between adolescent females with first-onset major depressive disorder and controls.	International Journal of Neuroscience, 2007.

Dos trabalhos utilizados para esta pesquisa, quatro abordaram polimorfismos genéticos diretamente relacionados com a depressão ou padrões comportamentais e afins. Um trabalho se debruçou sobre as bases epigenéticas da depressão na adolescência, e um outro sobre a investigação farmacogenética de drogas antidepressivas administradas para adolescentes e suas conseqüências.

No estudo de Lau, et al (2009), genes relacionados a reações da amígdala a variações emocionais foram observados. Através de ressonância magnética funcional observou-se a atividade da amígdala. O público estudado foi composto por meninas de idade média igual a 13 anos, sendo que 33 participantes saudáveis e 31 que apresentavam ansiedade atual ou transtornos depressivos (ou ambos), mas sem uso de medicação. O estudo foi conduzido mediante a visualização de imagens de diferentes cunhos emocionais: medo, raiva, expressões faciais felizes, neutras e sob diferentes estados de atenção. Foi-se analisado também os padrões alélicos do gene transportador de serotonina (*5-HTT*), cuja associação com a depressão é muito forte segundo a literatura atual. Os dados mostraram que adolescentes saudáveis com pelo menos uma cópia dos alelos S ou G mostraram respostas mais fortes da amígdala mediante visões de rostos com medo do que adolescentes saudáveis sem esses alelos. Pacientes homozigotos para o alelo L exibiram maiores respostas da amígdala a caras de medo se comparado aos indivíduos com os alelos S ou L. O estudo não

é conclusivo sobre o modo com que tais genes afetam a gênese e manifestação da depressão na adolescência.

Outro estudo que também se debruçou sobre a influência de *5-HTT* na manifestação da depressão na adolescência foi o de Tomoda, et al (2013). Este partiu do pressuposto de que a depressão materna poderia diminuir os níveis de serotonina endógena em crianças e adolescentes japoneses. 55 indivíduos apresentavam depressão, e 58 eram saudáveis. Para o estudo, analisou-se as variações polimórficas presentes no gene do transportador de serotonina (*5-HTT*). Nenhum resultado estatisticamente significativo foi encontrado, sugerindo que os mecanismos que levam a depressão materna a predispor o filho para estados de depressão não passam por variações polimórficas no gene analisado.

Swann, et al (2014) estudou polimorfismos de um único nucleotídeo (SNPs) do gene do receptor opióide mu 1 (*OPRM-1*) em adolescentes de baixa renda afro-americanos. O objetivo era analisar a relação deste gene com a vulnerabilidade a depressão quando estes adolescentes estavam submetidos a fatores estressantes. Observou-se que indivíduos com as variantes polimórficas rs524731, rs9478503, rs3778157, rs10485057 e rs511420 apresentam sintomas depressivos já em baixas condições de estresse e são mais tendenciosos a apresentarem sintomas também em altas condições de estresse, se comparado às demais variações polimórficas estudadas para o referido gene.

Geng, et al (2007) analisou a influência da variação genética nos genes receptor de andrógeno (*AR*), receptor alfa de estrógeno (*ER alfa*) e receptor beta de estrógeno (*ER beta*) sobre a manifestação da depressão na adolescência em meninas chinesas de 12 a 18 anos. 102 adolescentes apresentavam depressão, e 150 não. Os resultados apresentados mostram que meninas com depressão apresentam um número reduzido de microssatélites nos genes *AR* e *ER beta*. Este número reduzido de microssatélites evidencia uma variância polimórfica que se combina com taxas elevadas dos alelos S e SS, e reduzidas para o alelo L no grupo de adolescentes com depressão no que diz respeito ao *ER-beta*. Os mecanismos envolvidos nestes resultados ainda precisam ser esclarecidos.

No que diz respeito a influência da epigenética na depressão na adolescência, Dempster, et al (2014), estudou 18 pares de adolescentes monozigóticos discordantes para depressão, analisando padrões de metilação de todo o seu DNA através de células colhidas da mucosa bucal. Os resultados encontrados foram comparados com o de amostras *pós-mortem* de tecido cerebral de adultos que tiveram depressão e de adultos que não apresentaram a patologia. Constatou-se índices de metilação consideráveis sobre ilhas CpG do gene Serina/Treonina Quinase (*STK32C*), localizada em 10q36.3, nos indivíduos que apresentam ou apresentaram depressão em vida. A função deste gene ainda é desconhecida.

O trabalho de Blázquez, et al. (2016) abordou a farmacogenética das drogas anti-depressivas. O pesquisadorexaminou taxas de remissão e recuperação em

adolescentes com depressão tratados com o inibidor de recaptção de serotonina Fluoxetina. Apesar de não ter sido o foco central do estudo, a pesquisa mostrou que variações polimórficas dos genes *ABCB1* e *G26771*, utilizados na metabolização do medicamento, apresentam maior relação com a manifestação de tentativas de suicídio no público analisado.

Conforme descrito neste trabalho, a depressão na adolescência apresenta fortes componentes genéticos e epigenéticos, ainda muito pouco conhecidos e estudados. Genes como *5-HTT* se destacam na gênese e desenvolvimento da depressão na adolescência, porém, como os outros artigos utilizados para esta pesquisa mostraram, outros genes e mecanismos moleculares também estão envolvidos na resposta do indivíduo adolescente ao seu meio, levando a maior ou menor propensão para manifestação da depressão.

É de crucial importância o conhecimento a cerca da genética e epigenética da depressão na adolescência afim de melhorar a eficácia das drogas atualmente utilizadas para tais tratamentos e sobretudo para a análise da possibilidade de implantação de programas de prevenção de depressão que se iniciem logo na adolescência. Se a genética dá a pré-disposição, é possível agir sobre o meio e suas dimensões afim de evitar ou minimizar a manifestação dos transtornos depressivos em adolescentes.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, G.J.;MOURAEC. **Depressão na Adolescência** Disponível em:<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>. Acesso em: 09/09/2016.
- BAHLS, S. C. BAHLS, F. R. C. **Depressão na adolescência: características clínicas.** *Interação em Psicologia*, 6 (1), 49-57. 2002.
- BIAZUS, C. B. RAMIRES, V R. R. **Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos.** *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 17, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2012.
- BLÁZQUEZ, A. GASSÓ, P. MAS, S. PLANA, M. T. LAFUENTE, A. LÁZARO, L. **One-Year Follow-up of Children and Adolescents with Major Depressive Disorder: Relationship between Clinical Variables and ABCB1 Gene Polymorphisms.** *Pharmacopsychiatry*. [Epub ahead of print]. 2016.
- DEMPSTER, E. L. WONG, C. C. LESTER, K. J. BURRAGE, J. GREGORY, A. M. MILL, J. ELEY, T. C. **Genome-wide methylomic analysis of monozygotic twins discordant for adolescent depression.** *Biol Psychiatry*;76(12):977-83. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.04.013. Epub. 2014.
- GENG, Y. G. SU, Q. R. SU, L. Y. CHEN, Q. REN, G. Y. SHEN, S. Q. YU, A. Y. XIA, G. Y. **Comparison of the polymorphisms of androgen receptor gene and estrogen alpha and beta gene between adolescent females with first-onset major depressive disorder and controls..** *Int J Neurosci*. 117(4):539-47. 2007.
- KAZDIN, A.E. MARCIANO, P.L. **Childhood and adolescent depression.** In: MASHEBARKLEYR. (Orgs.) *Treatment of childhood disorders* (2ª ed.) New York: The Guilford Press. 1998.
- LAFER, Beny; VALLADA FILHO, Homero Pinto. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 12-17, May 1999.

LAU, J. Y. GOLDMAN, D. BUZAS, B. FROMM, S. J. GUYER, A. E. HODGKINSON, C. MONK, C. S. NELSON, E. E. SHEN, P. H. PINE, D. S. ERNST, M. **Amygdala function and 5-HTT gene variants in adolescent anxiety and major depressive disorder.** *Biol Psychiatry.*;65(4):349-55. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.08.037. Epub 2008 Oct 31. 2009.

LEVISKY, D. L. **Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura.** *Psychê*, 6(10), 125-136. 2002.

LI, W. JU, K. LI, Z. HE, K., CHEN, J. WANG, Q. YANG, B. AN, L. FENG, G. SUN, W. ZHOU, J., ZHANG, S. SONG, P. KHAN, R. JI, W. SHI, Y. **Significant association of GRM7 and GRM8 genes with schizophrenia and major depressive disorder in the Han Chinese population.** *Eur Neuropsychopharmacol.* (1):136-46. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.05.004. Epub 2015 May 27. 2016.

MARQUES, N. N. C. **Depressão em adolescentes e suas consequências.** Monografia para conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Centro Universitário de Brasília. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde: saúde mental nova concepção, nova esperança.** Geneva:OMS, 2001.

RIO, Carla Mafalda de Castro Ferreira Martins do. **Depressão Unipolar e Depressão Bipolar: um espectro da doença depressiva?** . 2008. 32 p. Artigo de Revisão Bibliográfica (Mestrado Integrado em Medicina)- Universidade do Porto, Porto, 2008.

SEO, J. WEI, J. QIN, L. KIM, Y. YAN, Z. GREENGARD, P. **Cellular and molecular basis for stress-induced depression.** *Mol Psychiatry.* doi: 10.1038/mp.2016.118. 2016.

SWANN, G. BYCK, G. R. DICK, D. M. ALIEV, F. LATENDRESSE, S. J. RILEY, B. KERTES, D. SUN, C. SALVATORE, J. E. BOLLAND, J. MUSTANSKI, B. **Effect of OPRM1 and stressful life events on symptoms of major depression in African American adolescents.** *J Affect Disord.* 162:12-9. doi: 10.1016/j.jad.2014.03.020. Epub 2014 Mar 27. 2014.

TOMODA, A. NISHITANI, S. MATSUURA, N. FUJISAWA, T. X. KAWATANI, J. TOYOHISA, D. ONO, M. SHINOHARA, K. **No interaction between serotonin transporter gene (5-HTTLPR) polymorphism and adversity on depression among Japanese children and adolescents.** *BMC Psychiatry.* 13:134. doi: 10.1186/1471-244X-13-134. 2013.

WANG, Y. SUN, N. LIU, Z. LI, X. YANG, C. ZHANG, K. **Psychosocial mechanisms of serotonin transporter's genetic polymorphism in susceptibility to major depressive disorder: mediated by trait coping styles and interacted with life events.** *Am J Transl Res.*;8(2):1281-92. eCollection 2016. *Am J Transl Res.* 2016.

DISPARIDADE DE CONCEPÇÕES DE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: REFLEXOS E IMPLICAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS, MODELOS E INSTITUIÇÕES PRESENTES NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO

Aislan José de Oliveira

Universidade Metodista de São Paulo
São Bernardo do Campo – São Paulo

Luiz Roberto Marquezi Ferro

Universidade Metodista de São Paulo
São Bernardo do Campo – São Paulo

Manuel Morgado Rezende

Universidade Metodista de São Paulo
São Bernardo do Campo – São Paulo

PALAVRAS-CHAVE: Tratamento; Dependente; Dependência Química; Modelos; Profissionais; Drogas.

DISPARITY OF CONCEPTIONS IN THE TREATMENT OF PSYCHOACTIVE DEPENDENCE: EFFECTS AND IMPLICATIONS AMONG PROFESSIONALS, MODELS AND INSTITUTIONS PRESENT IN HEALTH SERVICES

RESUMO: A presente pesquisa teve o intuito de compreender o embasamento teórico presente no discurso de 17 profissionais de saúde mental que atuam em 3 modelos de atendimento a dependentes químicos. Os dados foram coletados por meio de questionário e classificados em 3 categorias de análise segundo o arcabouço teórico/epistemológico de cada abordagem e instituição sendo elas: o modelo biomédico (Clínica), o modelo sociocultural (Centro de atenção psicossocial) e o modelo psicossocial (Comunidades terapêuticas). Concluiu-se que os profissionais participantes não apresentam uma definição específica sobre os conceitos de “dependente” e “tratamento” de dependência química. Concluiu-se ainda que as abordagens dos profissionais podem, por vezes, ser contraditórias às metodologias e ideologias das instituições analisadas.

ABSTRACT: The following research aimed to attain a better understanding on the theoretical basis presented by 17 mental health professionals who work under 3 models of attending chemical dependents. The data was collected through questionnaires and classified in 3 categories according to each institution’s epistemological/theoretical grounds: the biomedical model (Clinical), the socio-cultural (Psychosocial attention centers) and the psychosocial model (Therapeutic Communities). As a result, it can be concluded that the professionals did not show a specific definition about such concepts as “dependent” and “treatment” regarding chemical dependency. It can also be concluded that the professionals’ approaches might, at times, contradict the methodologies and ideologies of the institutions

herein analyzed.

KEYWORDS: Treatment; Dependent; Chemical Dependency; Models; Professionals; Drugs.

1 | INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas caracteriza-se como um fenômeno constituído dentre inúmeras interfaces e articulações entre variáveis de gênese biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000), nesse entendimento, as dependências de substâncias psicoativas configuram-se como um fenômeno de alta complexidade que inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista e que desconsidere que suas múltiplas determinações, sendo que essas variáveis embora intimamente ligadas, quando analisadas de forma isoladas não são capazes de explicá-la, nem de propor soluções adequadas (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

A dificuldade de entender o fenômeno estende-se à esfera do tratamento que é abordado a partir de processos teóricos e de intervenção dicotômicos, fragmentados, ahistóricos, deterministas e de cunho acentuadamente reducionistas (SCHNEIDER; LIMA, 2011). As modalidades de tratamento para dependentes de substâncias psicoativas adotados pelas instituições, em geral, são procedimentos ecléticos de ações médicas, psicológicas, sociais e religiosas reduzindo o entendimento das variáveis determinantes e complexas das dependências de substâncias psicoativas que acaba por fomentar resultados de baixa efetividade de tratamento limitando seu potencial de atendimento (SCHNEIDER; SPOHR; LEITÃO, 2006)

Assim, torna-se necessário “questionar a fundo se o problema da efetividade dos modelos de atenção e tratamento não se encontra nas próprias práticas em saúde que se constituem numa mistura de diferentes modelos de análise do fenômeno da drogadição e da utilização das mais variadas metodologias de atuação, sustentados em diferentes pressupostos teóricos e epistemológicos” (SCHNEIDER; LIMA, 2011), pois qualquer prática no âmbito da saúde, seja ela com vistas a ações individuais, coletivas ou institucionais, esta prática passa necessariamente por um conjunto de concepções com base de um arcabouço teórico e metodológico que as sustentem e sirvam como referencial norteador de suas ações (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Por vezes, estas concepções nem sempre estão claras e definidas nas rotinas de suas práticas terapêuticas independente da modalidade de tratamento, mas são elas que alicerçam um sistema de racionalidade e determinados parâmetros de compreensão dos processos de saúde/doença, normalidade/anormalidade (SCHNEIDER, 2010) validando suas ações em determinadas concepções que lhe conferem sustentação, mostrando que a forma de tratamento está ligada a forma de pensar e entender a dependência de substâncias psicoativas. “Há que se avaliar criticamente as suas bases teórico-metodológicas a fim de se compreender os diferentes modelos de análise da

dependência de drogas e suas raízes ontológicas e epistemológicas” (SCHNEIDER; LIMA, 2011) e que se estendem ao tratamento.

1.1 Abordagens de tratamento ofertadas no Brasil

Partindo do exposto, diversos profissionais especialistas no tratamento de substâncias psicoativas desenvolveram diferentes modelos referentes a dimensões desse fenômeno visando entender o problema do uso de drogas (SCHNEIDER; LIMA, 2011; SCHNEIDER, 2010). Dentre eles destacam-se quatro modelos conceituais de análise da dependência de substâncias psicoativas, que são: o modelo jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural (REZENDE, 2000). Cada um desses modelos está alicerçado “em diferentes raízes teórico-epistemológicas, o que se desdobra em diferentes perspectivas metodológicas de intervenção” (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

O modelo jurídico-moral apoia-se numa perspectiva dualista da realidade e coexistência de posições opostas e irreduzíveis (indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica). “Esta perspectiva tem relação a medidas ‘educativas’ e preventivas, articuladas a princípios repressivos” (REZENDE, 2000).

Já o modelo médico ou de saúde pública também chamada de biomédico é predominante nos ambulatórios médicos, em clínicas e hospitais psiquiátricos e “é o modelo com maior incidência de utilização nas unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma hegemônica e justifica-se pela própria indefinição das determinantes constitutivas do processo das dependências psicoativas” (SCHNEIDER; LIMA, 2011). Este modelo de tratamento possui enfoque predominantemente biológico às dependências de substâncias psicoativas, assim a dependência é entendida como uma doença crônica, recorrente, de fonte cujas determinantes são atribuídas à hereditariedade e/ou em disfunções neuroquímicas (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

O modelo psicossocial embasa suas ações a partir da “análise do tripé droga – indivíduo – meio” (SCHNEIDER; LIMA, 2011) onde dependência é vista a partir da triangulação entre o meio social e suas influências sobre o indivíduo, as características intrínsecas das drogas e a dinâmica psicológica do indivíduo atribuindo a esse último um papel ativo no fenômeno das dependências e desta forma, pauta suas ações com o foco de suas intervenções na interação droga-indivíduo. Esse modelo enfatiza que o contexto tem papel primordial no fenômeno do uso de substâncias psicoativas sendo que a droga tem significado pela maneira como cada sociedade define sua utilização é amplamente utilizado por comunidades terapêuticas esse modelo vem mesclado com outros, estando presente em quase todos os tipos de serviços (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

A entendimento do modelo sociocultural tem como base a reforma psiquiátrica brasileira com base na lei 10.215 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004) sendo o modelo adotado pelo Ministério da Saúde para o tratamento e atenção integral aos usuários de

drogas pelo Sistema Único de Saúde e, principalmente, para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁽²⁾. Essa abordagem tem como ênfase modificar o padrão de uso da substância, intervindo nas determinantes sociais que levam ao uso abusivo, visando o controle dos danos gerados pelo abuso das substâncias por meio da proposta da Estratégia da Redução de Danos (ERD) (SCHNEIDER; LIMA, 2011; BRASIL, 2004).

Evidencia-se após a análise dos modelos explicitados que “a síntese desses saberes e práticas constitui a racionalidade ou sistemas lógicos sob o qual os diversos serviços de saúde se nutrem para a compreensão e intervenção nos fenômenos de saúde/doença” (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Para melhor visualizar os pressupostos centrais e as características dos modelos supracitados foi elaborada a figura 1 (SCHNEIDER; LIMA, 2011; REZENDE, 2000; PILLON; LUIZ, 2004) que considera os modelos de tratamento de maior aceitação no Brasil representando as três principais instituições que ofertam serviços de atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas no país: Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CapsAD), clínicas e hospitais e Comunidades Terapêuticas (CT) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2007) e que são temas centrais nessa pesquisa.

Modelo	Psicossocial (Comunidades Terapêuticas)	Modelo biomédico (Clínica)	Sociocultural CapsAD
Etiologia	O comportamento é aprendido, a dependência é entendida como a triangulação droga – indivíduo – meio	Fatores biológicos possivelmente genéticos	Fatores ambientais e sociais, enfatiza a função do meio cultural com suas crenças, valores e atitudes
Objetivo do tratamento	O foco da intervenção está interação droga-indivíduo, considerando que a droga exerce uma função na vida do indivíduo.	Abstinência para interromper a progressão da doença	Mudança nas condições sociais, visando a melhora da qualidade de vida e sua integração na comunidade através da estratégia de redução de danos
Vantagens	O sujeito é ativo dentro da recuperação e geralmente tem fácil integração com outros modelos	Sem culpa ou punição	Não tem como foco a abstinência total e visa reduzir os prejuízos causados pelas drogas. É modelo adotado pelo Ministério da Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial
Desvantagens	Considera que mudanças nas situações sociais são suficientes para a recuperação	O usuário é isento da responsabilidade nas mudanças. Ignora os fatores psicológicos, culturais e ambientais	Usuários de drogas como as injetáveis não conseguem aderir a estratégia de redução de danos

Figura 1- Modelos de tratamentos e suas características. Adaptado (SCHNEIDER; LIMA, 20011;

Assim evidencia-se a dificuldade encontrada dentro da literatura para obter-se uma clara e específica definição sobre o que consiste o tratamento das dependências de substâncias psicoativas, pois não há definição de um modelo ou abordagem de tratamento único e sim de diversas formas de intervenção (PINHO et al., 2016).

A figura 1 permite identificar de forma sucinta a concepção do problema de cada uma das instituições abordadas evidenciando os modelos adotados por cada uma, os conceitos de tratamento utilizados seguido dos seus objetivos, etiologias além das vantagens e desvantagens de cada modelo. A partir disso buscou-se entender as concepções de tratamento e de dependente de substâncias psicoativas dos profissionais que atuam nas três instituições participantes da pesquisa e posteriormente se essas concepções estão em consonância com a proposta de intervenção terapêutica de cada instituição.

2 | MÉTODO

Este estudo é derivado de uma dissertação de mestrado aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Evangélica do Paraná, protocolado e aprovado sob o número 5715/11. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa (COZBY, 2006). Buscou-se inicialmente identificar os principais modelos utilizados pelas instituições de tratamento a dependentes de substâncias psicoativas (SCHNEIDER; LIMA, 20011; SCHNEIDER, 2010; REZENDE, 2000; PILLON; LUIS, 2004). Outra análise possibilitou a identificação de três tipos de instituições de atendimento ao dependente químico no Brasil que apresentam maior oferta de serviços de atendimento e tratamento (BRASIL, 2011; BRASIL, 2007) que são: as comunidades terapêuticas, as clínicas e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) entendidas e estudadas neste trabalho como categorias de análise.

3 | PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 17 profissionais de nível técnico e superior de três instituições de tratamento a dependência de substâncias psicoativas, que consentiram em responder o questionário, independente de idade e sexo. Fizeram parte da amostra profissionais das áreas da Psicologia, Medicina, Serviço social, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Educação Física e Técnicos em Reabilitação em Dependência Química. A amostra das instituições foi composta por três modelos de atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas sendo eles o modelo de Clínica e Comunidade Terapêutica localizadas no município de Curitiba - PR e o modelo de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CapsAD) localizado na região metropolitana de Curitiba – PR).

4 | INSTRUMENTOS

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012 por meio de questionário de auto relato formado por perguntas de levantamento sobre situação socioeconômica dos participantes, uma questão aberta onde foi solicitado aos participantes que associassem 5 palavras relacionadas aos termos “dependente” e “tratamento” de substâncias psicoativas no entendimento de cada profissional (questão 1), e uma questão fechada (questão 2). Esta última de escala tipo Likert variando de um a três pontos, sendo 1 igual a concordo, 2 concordo parcialmente e 3 discordo. Cada tópico dessa questão foi previamente elaborada e faz referência a um modelo específico de abordagem. Para a análise desse item foram consideradas apenas as respostas assinaladas como “concordo”.

5 | ANÁLISE DE DADOS

Para o estudo da questão 1 solicitou aos participantes que associassem 5 palavras aos termos “dependente” e “tratamento” de substâncias psicoativas. Todas as palavras foram analisadas segundo seu sentido e significado por meio de consulta a profissionais especialistas no tratamento das dependências químicas da área de Psicologia e Psiquiatria e posteriormente foram categorizadas segundo os modelos de tratamento conforme exemplificado na figura 2:

Abordagem	Palavras
Moral religiosa	perseverança, depravado
Psicossocial	desorganização familiar, apoio familiar
Medica	doença, distúrbio
Moral jurídica	tráfico, crime
Sócio cultural	risco social, problema social

Figura 2 - Categorização de palavras

Após essa análise e categorização foi possível identificar em qual modelo de tratamento cada instituição teve maior frequência de respostas.

Já a segunda questão apresentou-se aos participantes da pesquisa 40 afirmações relacionadas ao manejo, percepção e tratamento dependências de substâncias psicoativas relacionadas às três categorias / instituições já citadas com a seguinte distribuição de perguntas: 10 questões relacionadas a abordagem médica, 10 relacionadas a abordagem jurídica moral, 10 relacionadas a abordagem sócio cultural, 10 a abordagem psicossocial.

Em seguida foi elaborado o cálculo porcentual do número de respostas de cada categoria para cada uma das instituições. Para tanto o número de profissionais

respondentes de cada instituição foi multiplicado pelo número máximo de respostas para cada categoria (10 para cada categoria) e assim foi possível calcular a porcentagem de respostas e a partir dos resultados obtidos foi elaborada a figura 3 que indica a maior incidência de respostas quanto a cada categoria de análise e serão ilustradas na sequência do presente trabalho no formato de histograma.

6 | RESULTADOS

A pergunta 1 solicitou que os participantes escrevessem cinco palavras relacionadas aos termos “tratamento da dependência química” e “dependente químico”. Os dados dos participantes dos três grupos, CAPSad, Clínica e Comunidade Terapêutica foram comparados a fim de identificar qual o embasamento teórico presente no discurso dos profissionais das 3 instituições. A análise das associações de palavras (questão 1) estão representadas por meio das figuras 3 e 4. A figura 3 ilustra os resultados referentes ao termo “tratamento”:

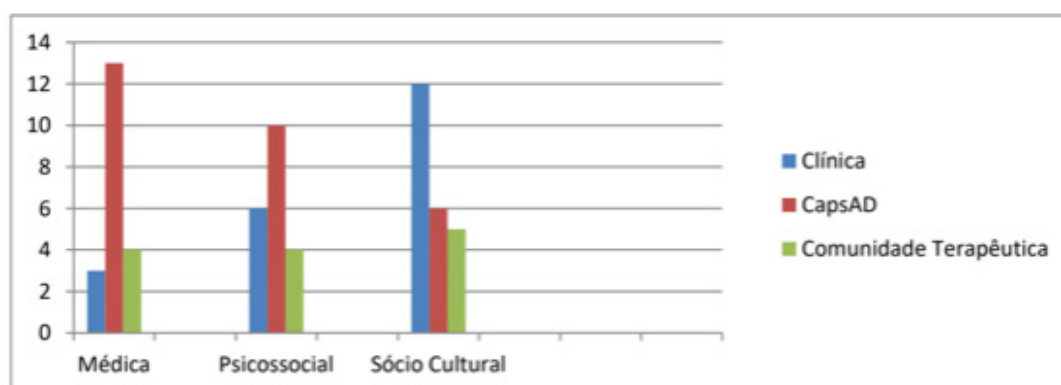


Figura 3 - Palavras associadas ao termo “tratamento”

A figura 3 mostra que a instituição clínica teve maior incidência de respostas associadas ao termo “tratamento” dentro da abordagem sócio cultural, porém esta instituição está engendrada na categoria da abordagem biomédica. A instituição CapsAD onde esperava-se respostas próximas a abordagem sociocultural teve seus resultados com maior incidência dentro da abordagem biomédica. A instituição Comunidade Terapêutica teve maior frequência de respostas ao termo “tratamento” dentro da abordagem jurídico - moral quando a literatura aponta que essa instituição tem como base o modelo psicossocial.

Quanto às palavras associadas ao termo “dependente” a figura 4 mostra os seguintes resultados:

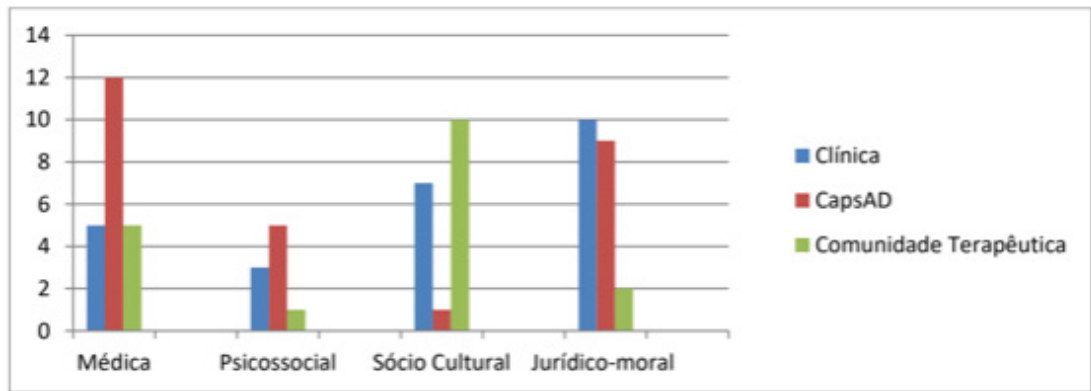


Figura 4 - Palavras associadas ao termo “dependente”

Conforme a análise da figura 4, instituição Clínica teve maior incidência de palavras associadas ao termo dependente de substâncias psicoativas dentro da categoria jurídico-moral quando essa instituição tem conotação da abordagem biomédica. A instituição CapsAD teve maior incidência de palavras correlacionadas ao modelo biomédico para o termo dependente de substâncias psicoativas quando essa instituição tem seu modelo de tratamento dentro da abordagem psicossocial.

Já a instituição Comunidade Terapêutica teve o termo tratamento dentro da categoria moral religiosa e o termo dependente dentro da categoria sociocultural quando essa instituição tem o modelo psicossocial como modelo referencial de suas ações.

Após a análise dos dados foi possível observar que as três instituições tiveram respostas à questão dois do questionário predominantemente relacionadas à abordagem biomédica. A figura 5 ilustra a maior frequência de respostas das três instituições quanto à abordagem presentes e coletada na questão 2.

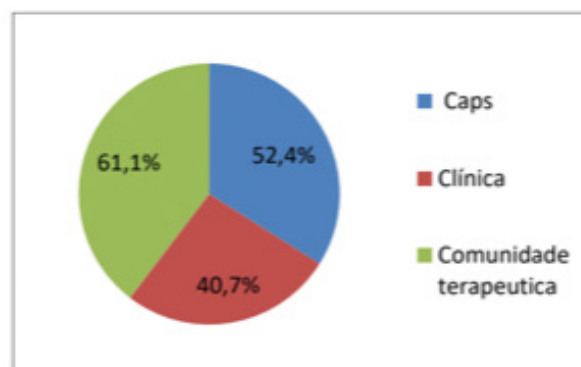


Figura 5 - Porcentagem de respostas quanto ao modelo Biomédico das três instituições

A instituição Comunidade Terapêutica apresenta que o modelo biomédico teve 61,1% de respostas possíveis para essa abordagem, seguida de 50% das respostas dentro da abordagem sociocultural. A instituição CapsAD 52,4% das respostas dentro da abordagem biomédica seguida de 33,3% de respostas dentro da abordagem

sociocultural. Por fim a instituição Clínica teve 40,7% de respostas dentro da abordagem biomédica e 37,50% dentro da abordagem psicossocial.

7 | DISCUSSÃO

Dentre as três instituições participantes da pesquisa, o número de profissionais em cada área de formação profissional que responderam ao questionário foi preponderante para a análise dos resultados, pois pode indicar certa prevalência na ocasião da interpretação dos dados de acordo com cada área de atuação. Na instituição CapsAD um número maior de médicos (três) participaram da pesquisa, na Comunidade Terapêutica o número maior de profissionais foram de psicólogos (três). Já a Clínica apenas um profissional de cada área participou da pesquisa. Considerar o número de profissionais de cada área específica é importante, pois “qualquer atividade profissional ou organização de serviços tem necessariamente como substrato uma racionalidade teórico-metodológica que norteia sua atuação. Esse substrato, produto específico do processo sócio-histórico de cada época histórica” (SCHNEIDER, 2010; PINHO et al., 2016).

Estas concepções orientam profissionais pacientes o seu entendimento acerca do problema, bem como as possíveis estratégias de intervenção (SCHNEIDER, 2010; PINHO et al., 2016). Nesta linha de raciocínio cada área de atuação profissional possui um substrato de saber próprio e pode confrontar-se com a proposta de intervenção característica de cada modelo institucional. Apesar de estabelecer procedimentos e embasamento teórico e metodológico que orientem suas ações, as práticas das instituições analisadas estão alicerçadas nas concepções de seus profissionais (PINHO et al., 2016; MARQUES, 2001).

Cada modelo “ancora-se em diferentes concepções teórico metodológicas sobre o fenômeno da dependência, objetivados em diferentes práticas e discursos antagônicos e, até certo ponto, díspares entre si. Tal disparidade assenta-se tanto na complexidade do fenômeno, cuja essência se constitui a partir do entrelaçamento de inúmeras variáveis e determinantes, quanto na diversidade de formação dos profissionais e agentes atuam na área da saúde” (SCHNEIDER; LIMA, 2011; PINHO et al., 2016).

Os dados analisados mostram que os tratamentos das dependências de substâncias psicoativas dependem primeiramente e fundamentalmente, do conceito de dependências e tratamento de substâncias psicoativas adotadas pelos profissionais que estão implicados no serviço e isto pode estar influenciada por de sua assimilação pela cultura e pela política; do tipo de substância utilizada; da motivação e da predisposição biológica do indivíduo (MARQUES, 2001). Entretanto, estas estão sujeitas as diferentes redes de significações por parte dos mesmos profissionais (PINHO et al., 2016).

Essa análise corrobora com os dados obtidos nas figuras 3, 4 e 5 que em suas

análises indicam a miscelânea de conceitos dentro dos modelos de cada instituição. A primeira questão ilustrada pelas figuras 3 e 4 mostram que respostas partem única e exclusivamente do próprio entendimento do profissional quanto aos termos “dependente” e “tratamento” de substâncias psicoativas enquanto a questão 2 ilustrada pela figura 5 as respostas partem de afirmações sobre a atuação do profissional frente ao problema.

Entende-se que as propostas e modelos de tratamento para os dependentes de substâncias psicoativas, geralmente, são procedimentos ecléticos com ações diversidades sendo incomum encontrar modelos puros (REZENDE, 2000; PINHO et al., 2016) sendo que na última década instalou-se uma diversidade de abordagens para tratamentos das dependências para se atingir suas metas os mais variados meios vêm sendo adotados (REZENDE, 2003). Estas diferentes combinações e mistura de concepções são um indicativo da falta de critérios e parâmetros objetivos para o estabelecimento de protocolos de atenção e processos de intervenção. Desse modo, embora em propostas epistemológicas de cada modelo sejam claras as diferenças e contradições na prática profissional são evidentes.

Quanto à formação profissional e para interpretação dos resultados é importante ressaltar que as três instituições mostram em seu quadro funcional certa supremacia quanto à área de formação. O CapsAd tem maior número de respondentes médicos, a Comunidade Terapêutica um número maior de psicólogos e a Clínica o mesmo número de profissionais de cada área. Diversos profissionais prestam serviços no atendimento à dependência química, porém, o Brasil não possui uma legislação definindo o papel de cada profissional no que diz respeito ao as suas práticas dentro da proposta terapêutica (RIBEIRO, 2004).

É também importante registrar que apenas dois profissionais dentre os 17 possuem especialização específica mesmo que as 3 instituições sejam especializadas no tratamento na área das dependências. Profissionais que lidam com essa questão hoje não possuem uma formação particular sobre o tema, uma vez que os cursos de graduação, muitas vezes, não apresentam opções nesse sentido (PINHO et al., 2016; OCCHINI; TEIXEIRA, 2006) e indica que no Brasil, boa parte dos serviços é organizada única e exclusivamente a partir do empenho e boa vontade dos seus membros⁽¹⁴⁾ limitando a efetividade dos serviços que acaba desvinculado das necessidades locais. Levanta-se a hipótese que a formação específica para atuação profissional no tratamento não é alvo de preocupação das instituições que se nomeiam especialistas.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da exposição e análise dos dados, ressalta-se que as propostas e modelos de tratamento para dependentes de substâncias psicoativas analisadas não apresentam uma filosofia norteadora de trabalho específica. Incide ainda o fato, como foi apresentado, que a área de formação de cada profissional pode influenciar

e contrapor-se a filosofia e ideologia de trabalho de cada instituição analisada, pois cada área do conhecimento parte de um arcabouço teórico metodológico específico. As abordagens dessas instituições estão diretamente ligadas à forma de pensar e entender a origem e evolução da dependência que concebe sua origem transitando desde fatores biológicos, psicológicos e sociais até a percepção de sua gênese pecaminosa ou de criminalidade.

Como resultado da incongruência do entendimento sobre o fenômeno das dependências de drogas surgem instituições de tratamento que apresentam uma grande mescla de abordagens e modelos de intervenção em um mesmo um mesmo locus de atuação com miscelâneas de intervenções alicerçadas em diferentes pressupostos etiológicos e epistemológicos inviabilizando um discurso coerente comprometido com um projeto terapêutico eficiente capaz de propor perspectivas positivas aos usuários do serviço.

A partir desse entendimento e análise é mister considerar efetivamente se raiz do problema que se reflete em baixas taxas de recuperação não está nas próprias práticas metodológicas de atuação visto que os tratamentos disponibilizados tanto no âmbito público quanto no privado ainda não são capazes de propor soluções adequadas gerando mais dúvidas que respostas sobre o fenômeno e o cuidado. Ocorre que existe um grande número de indivíduos que retornam ao padrão de uso de substâncias psicoativas após procurar esses serviços de tratamento questionando sua eficácia, dessa forma esta pesquisa contribui para a ampliação do entendimento de que o (a) paciente não pode ser o único responsabilizado em casos de retorno ao uso de substâncias psicoativas.

O contexto da transformação cultural dos modelos de tratamento em saúde mental antes com base no modelo hospitalocêntrico, incita não só a implantação de novos modelos de serviços impulsionados pela reforma psiquiátrica, mais do que isso, encoraja a necessidade transformação das práticas de atenção e atendimento.

Pesquisas futuras que visem elaborar uma definição clara e objetiva sobre os conceitos de “tratamento” e “dependência” de substâncias psicoativas em consenso com as diversas áreas do saber (multidisciplinar) com a posterior adequação e definição do papel de cada profissional dentro das instituições guiariam serviços de tratamento mais efetivos, claros e acessíveis a profissionais e usuários. Trabalhos desse caráter traduzidos em políticas públicas podem contribuir significativamente para a eficiência e efetividade dos serviços de atendimento a dependentes de substâncias psicoativas, bem como instrumentos de mensuração científicos e estatisticamente significativos indicando a efeito das intervenções as quais os usuários dos serviços se submetem.

REFERÊNCIAS

Cozby PC. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 1 ed. 2003 - 3. reimpr. São Paulo: Atlas; 2006.

Marques ACPR. **O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e o tratamento.** Rev IMESQ. 2001; (3):73-86.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Occhini M, Teixeira M. **Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra** [internet]. Rev Estudos de Psicologia. 2006; 11(2): 229-236. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a12v11n2.pdf>.

Pillon SC, Luis MAV. **Modelos explicativos de para o uso de Álcool e Drogas e a Prática da Enfermagem.** Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2004; 12(4), 676-682.

Pinho PH, Oliveira MAF, Claro HG, Pereira MO, Gonçalves RM, Barbosa GC. **A concepção dos profissionais de saúde sobre o dependente de substâncias psicoativas** [internet]. Rev Journal of Nurs Health. 2016; 1(1): 51-63. Disponível em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5626/5328>

Rezende MM. **Modelos de análise do uso de drogas e de Intervenção terapêutica: algumas considerações.** Rev. biociênc. 2000; 6(1), 49-55.

Rezende MM. **Tratamento de dependentes de drogas: alguns apontamentos de experiências brasileiras nas últimas décadas.** In: Rosa, JT.; Nassif, SLS. Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas. São Paulo: Vetor; 2003. p. 199-212.

Ribeiro M. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2004; 26 Suppl 1: 59-62.

Schneider DR, Lima D. **Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde.** Rev Psico. PUCRS 2011; 42(2): 158-178.

Schneider DR, Spohr B, Leitão C. **Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da grande Florianópolis.** Rev de Ciências Humanas. EDUFSC 2006; (39): 219-236.

Schneider DR. **Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento.** Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 14(3), 687-698.

Seibel SD, Toscano Junior A. **Dependência de drogas.** 2ªed. São Paulo: Atheneu; 2000.

Senad (Brasil). **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório.** Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

Senado Federal (Brasil). **Dependência química: crack assusta e revela um Brasil despreparado.** Rev. Em discussão: revista de audiências públicas do Senado Federal. 2011; 2(8).

ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA EM PACIENTES COM PARKINSON: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Isabela Vicente de Farias Batista

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

João Pessoa – PB

RESUMO: O presente trabalho analisa, através de uma revisão sistemática, os benefícios e indicações da estimulação cerebral profunda (ECP) em pacientes com Parkinson. Sabe-se que esta é uma doença que acomete grande parcela da população idosa, gerando limitações de atividades de vida diária, assim como depressão. Avaliar fatores relacionados à doença, como idade e comorbidades é de grande importância quando temos a estimulação cerebral profunda como opção terapêutica, pois é necessário preencher alguns critérios para que este tratamento possa ser adotado. Por isso, temos aqui a missão de expor quais são os fatores que mais influenciam na adoção desse tratamento, a relevância do diagnóstico precoce da doença, assim como, avaliar sua eficácia. Os resultados desse trabalho mostram que os benefícios foram estimados em cerca de 80% dos casos e que as complicações pós-operatórias foram prontamente tratadas e revertidas.

PALAVRAS-CHAVE: Estimulação Cerebral Profunda, indicações, Parkinson

ABSTRACT: The present work analyze,

through a systematic review, the benefits and indications of deep brain stimulation (DBE) in patients with Parkinson's disease. It is known that this is a disease that affects a large part of the elderly population, generating limitations of activities of daily living, as well as depression. To evaluate the factors related to the disease, such as age and comorbidities is of great importance when we have deep brain stimulation as a therapeutic option, because it is necessary to fulfill some criteria so that this treatment can be adopted. Therefore, we have a mission to explain which are the factors that most influence in the suspension of treatment, the relevance of the early diagnosis of the disease, as well as, its success. The results of this study show that benefits are estimated at about 80% of the cases and the postoperative complications were promptly treated and reversed.

1 | INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) acomete cerca de 1% da população mundial acima de 65 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015). É uma das doenças neurológicas mais comuns atualmente, tendo sua importância também pelo fato de atingir todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. É caracterizada pela tétrede: tremor de repouso

do tipo “contar dinheiro” ou do tipo pronação-supinação, bradicinesia, rigidez em “roda dentada” e instabilidade postural. Essas alterações motoras são identificadas quando aproximadamente 50% dos neurônios dopaminérgicos já sofreram degeneração progressiva da substância negra, ou seja, relativamente tarde no processo patológico¹⁶.

Além dessa tétrede clássica, sintomas autonômicos, psicológicos e sensoriais são comumente relatados¹⁴. De acordo com estudos recentes há um comprometimento cognitivo leve na doença de Parkinson, assim como em outras condições clínicas, sendo que nesse contexto ele caracteriza clinicamente um estado intermediário entre a cognição normal e a demência⁷. O tratamento sintomático é eficaz, mas atualmente não existem drogas que possam frear o curso da doença¹⁶.

É importante lembrar que a introdução da levodopa trouxe melhoras espetaculares para o paciente com Parkinson, entretanto, seu uso crônico tornou evidentes as flutuações motoras e discinesias em uma proporção significativa de indivíduos. Com isso, ao final da década de 80 e nos anos 90 houve um renascimento da neurocirurgia para a DP²⁶. Na estimulação cerebral profunda (ECP) os eletrodos são introduzidos por estereotaxia (Figura 1) através de um orifício de trepanação e anestesia local, com o paciente acordado, pois desse modo há controle fisiológico operatório adequado. Depois que o eletrodo é implantado o neuroestimulador (que é bastante semelhante a um marcapasso cardíaco) é localizado, sob anestesia geral¹⁹.



Figura 1 – Primeira etapa da Estereotaxia: Acoplamento de aro estereotáxico externamente à cabeça do paciente.

Fonte: página online para venda de instrumentos médico-hospitalares.

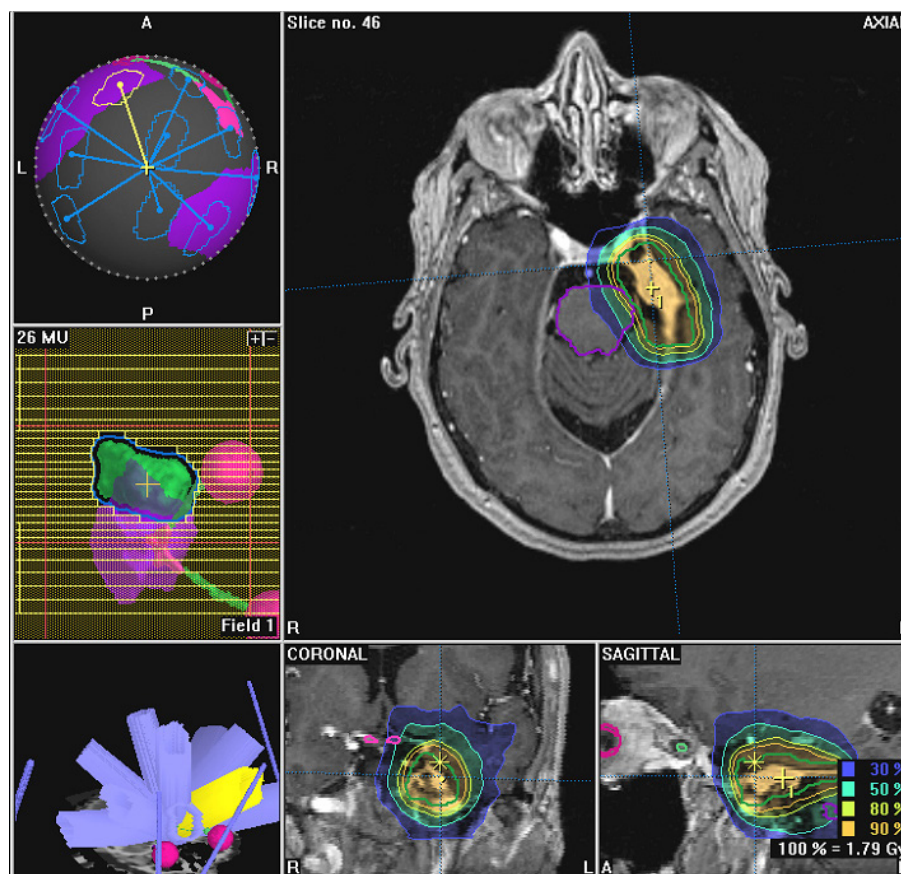


Figura 2 - Neuroimagem tridimensional (3-D) multimodal. Proporciona a visualização rigorosa in-vivo de estruturas analisadas conseguindo referenciá-las com grande rigor.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia, 2012.

Estudos europeus mostram que a incidência da DP tem aumentado com o tempo e que a idade média diagnóstica é de 60 anos^{18,26}. Considerando tais estatísticas é necessário considerar a necessidade do diagnóstico precoce tendo em vista um melhor prognóstico para os indivíduos e que um número crescente de idosos requer ECP para o tratamento da doença. A cirurgia nos pacientes com Parkinson é unicamente indicada para o tratamento dos sintomas motores da doença¹³ e a ECP é considerada uma boa alternativa nos casos refratários ao tratamento medicamentoso¹¹. Já é conhecido que sintomas axiais, principalmente a marcha, instabilidade postural, freezing e os distúrbios da fala não respondem à ECP⁸. Vale considerar também que alguns aspectos cognitivos comuns como função executiva, memória, linguagem e habilidades visuo-espaciais^{15,22,19} podem contraindicar este procedimento.

2 | OBJETIVOS

Avaliar os benefícios da ECP como alternativa terapêutica na doença de Parkinson para que haja a indicação criteriosa do procedimento o quanto antes visando um melhor prognóstico.

3 | METODOLOGIA

O problema de pesquisa consiste nos benefícios terapêuticos da estimulação cerebral profunda em pacientes com Parkinson. A base de dados utilizada foi o PubMed e as palavras-chave foram: estimulação cerebral profunda, uso terapêutico e doença de Parkinson. No total de 474 artigos, aplicaram-se critérios de inclusão e exclusão resultando em 149 artigos. Dentre os critérios, foram aceitos os trabalhos que avaliassem a ECP apenas em seres humanos e que tivessem sido publicados nos últimos 5 anos e ainda os que relacionassem a ECP apenas ao Parkinson, sem demais acréscimos sobre outras doenças, evoluções da cirurgia ou temas e foram excluídos os relatos de caso e os que não apresentassem justificativa para realização da ECP. O fim dessa análise é concluído com 13 artigos que foram lidos na íntegra e incluídos na revisão.

4 | RESULTADOS

Dos 13 artigos estudados, 4 relatam aspectos de indicação para ECP como uma boa alternativa em pacientes bem selecionados e 9 relatam os benefícios após a cirurgia através de acompanhamento médico e psicológico dos pacientes. A análise de todos os artigos da pesquisa revelou que em 76% dos aspectos abordados neste trabalho houve benefícios quando comparados aos riscos.

5 | DISCUSSÃO

5.1 Benefícios do tratamento cirúrgico.

5.1.1 *Tempo off*

Cerca de 40% dos pacientes com DP na terapia agonista de dopamina e aproximadamente 15% do total de indivíduos com DP sofrem com distúrbios de controle de impulsos (DIC),²³ tais distúrbios têm sido referenciados em estudos junto à ECP. Esses distúrbios de controle passam pelo núcleo subtalâmico e estudos recentes mostram que não existe uma segregação funcional completa dentro do núcleo subtalâmico, sugerindo que haja uma convergência de informações funcionalmente distintas que chegam e saem dessa região para regiões motoras cognitivas e límbicas (Einstein et al., 2014). A ECP no núcleo subtalâmico é aplicada a distúrbios do movimento, sendo uma região-alvo amplamente utilizada²⁰. A implantação na ECP no núcleo subtalâmico, portanto, melhora os sintomas do período off (acinesia, rigidez e tremor), assim como as distonias dolorosas e as discinesias. Sabe-se que, no processo de implantação da ECP na estrutura alvo, comumente é observado um “efeito de microlesão” (EML).

Estudos demonstram que este efeito de microlesão pode promover melhora transitória dos sintomas motores em pacientes com DP e afirmam que a ECP atua ao nível cortical de modo a garantir ativação compensatória de regiões motoras menos afetadas, enquanto o EML atinge o próprio circuito fundamental - considerando o tronco encefálico disfuncional -. Este fato é importante porque a disfunção do tronco encefálico predomina já nos estágios iniciais da DP. Os resultados sugerem que ao inflar significativamente a centralidade do tronco cerebral, há um aumento da sincronização com o cerebelo que atua de modo compensatório à interrupção da rede motora, dessa forma se mantém uma relativa normalidade da função motora na fase aguda da microlesão.⁵

5.1.2 Idade

Considerando a ECP como um procedimento seguro, com baixa taxa de mortalidade e levando em conta apenas os aspectos cirúrgicos, a idade não deve ser usada isoladamente como critério de exclusão para indicação cirúrgica, é necessário avaliar a “idade biológica” do paciente¹⁰. Um estudo com um total de 107 pacientes submetidos à ECP bilateral entre os anos de 2002 a 2014 mostrou que a indicação ideal de realização da ECP é em pacientes menores de 65 anos – por apresentarem maior “tolerabilidade cirúrgica” - ¹⁰.

Os resultados dessa pesquisa mostram que no grupo dos indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos houveram 3 episódios de hematomas intra-cerebrais pós-operatórios, sendo 1 com necessidade de evacuação cirúrgica urgente e confusão pós-operatória transitória em 5 pacientes, enquanto no grupo de idade menor que 65 anos existiram 2 episódios de hematomas intra-cerebrais pós-operatórios assintomáticos e 2 infecções de feridas¹⁰.

5.1.3 Passo compensatório

Sabe-se que, a ECP não expressa melhoras significativas nas alterações de marcha do paciente com Parkinson. Grandes perturbações imprevisíveis podem fazer com que o indivíduo doente apresente mais episódios de ajuste postural antecipado ou APA a fim de manter o equilíbrio lateral durante a passada. O passo compensatório acaba existindo junto à APA em pacientes com Parkinson levando a um congelamento da marcha (Jacobs et al., 2009).

Comparando um grupo controle de indivíduos com a doença de Parkinson e um grupo saudável, os benefícios da ECP em núcleo subtalâmico (NST) e globo pálido interno (GPI) junto à terapia otimizada com levodopa antes e depois da cirurgia. Os resultados encontrados provam que o passo compensatório no estado com maior eficácia de tratamento após a cirurgia dando seguimento pós-operatório com levodopa foi semelhante ao estado mais bem tratado antes da cirurgia apenas com levodopa

para o grupo de pacientes com implante no GPi e o grupo controle de indivíduos com Parkinson. Para o grupo com implante no NST, houve mudanças de peso lateral, um atraso em pé e um maior número de etapas foi necessário para recuperar o equilíbrio após a cirurgia com levodopa quando comparado ao grupo antes da cirurgia, ainda dentro desse grupo houve um maior número de quedas após a cirurgia. Observou-se que, a ECP não melhorou a resposta ao passo compensatório no grupo GPi e acabou levando a atrasos na fase de preparação do passo no grupo do NST²¹.

Levando em conta a necessidade do passo compensatório para melhor desenvoltura e equilíbrio do paciente com Parkinson, a ECP constitui-se contraindicada a esse paciente por não trazer melhoras ao prognóstico e qualidade de vida do paciente.

5.1.4 Qualidade de vida

Um estudo multicêntrico em pacientes com ECP junto à terapia ideal para DP e pacientes apenas em terapia médica ideal evidencia melhoras na mobilidade, atividades de vida diária, bem-estar emocional, estigma e desconforto corporal no grupo de pacientes em ECP junto à terapia médica ideal.¹⁷ Estudos ainda mostram que os benefícios que dizem respeito à aprendizagem e depressão são mais expressos na qualidade de vida⁴. Isso prova que a ECP junto à terapia ideal promove melhora na qualidade de vida dos pacientes quando comparado aos pacientes que seguem o tratamento apenas com o uso de medicações otimizadas.

Alguns fatores predis põem o sucesso da ECP, entre eles, é válido ressaltar a importância de ter a confiança no diagnóstico, presença mínima de sintomas não-motores, principalmente declínio cognitivo e depressão. Entre outros fatores é importante também avaliar a presença de comorbidades (o paciente deve ter mínimas alterações clínicas), a avaliação acerca de suporte social de forma razoável e conscientizar sobre a necessidade das responsabilidades com uma terapia complexa⁹. Há relatos de que a ECP pode evidenciar respostas impulsivas como a hipersexualidade no pós-operatório. Não há uma justificativa fisiopatológica consistente até então para isto, talvez o tamanho dos eletrodos influencie áreas cerebrais relacionadas à cognição do paciente. Eventos emocionais também podem estar correlacionados com esse período pós-operatório.

Um Paciente de 58 anos em Nova Jersey, nos EUA, apresentou fenômeno de hipersexualidade patológica após ECP com reintrodução da levodopa. O indivíduo não apresentava satisfação sexual há mais de 2 anos antes da intervenção cirúrgica, após a ECP passou a referir desejo sexual todos os dias, chegando a ficar agressivo caso fosse negado e afirmou comportamento incontrolável¹. Além disso, há relatos de episódios de psicose após ECP. Na Turquia, uma paciente de 56 anos, em uso de levodopa e já há 12 anos com DP foi submetida a ECP bilateral. Os benefícios em relação aos aspectos motores foram bastante significativos com base na UPDRS – escala unificada da doença e em uso de levodopa. Após a ECP evoluiu com depressão,

insônia e anedonia tendo apresentando resposta à terapia com Citalopram 20 mg por dia. Após 10 meses de acompanhamento a paciente permaneceu em ausência de sintomas maníacos.²⁴ Os autores concluíram que manifestações psiquiátricas podem existir como efeitos adversos da cirurgia.

O papel exato da localização do implante (NST) e dos gânglios basais não é bem definido, entretanto, os casos abordados foram revertidos sem maiores problemas na continuidade do acompanhamento médico. Inclusive, demais estudos sugerem que pacientes com DP e história de comorbidade psiquiátrica podem responder com segurança a ECP e destacam a relevância de uma atenção voltada para a abordagem multidisciplinar a fim de garantir a estabilização do humor e acompanhamento psiquiátrico. ² A partir desses estudos é importante frisar que a ausência ou presença de comorbidades psiquiátricas junto aos sintomas da DP constituem indicação à ECP com bom prognóstico junto ao acompanhamento psiquiátrico sem prejudicar a qualidade de vida do paciente a longo-prazo.

5.2 Considerações anatômicas

Em 2010 foi comprovado que STN e GPi são regiões anatômicas de eficácia motora. Além das considerações motoras, em termos de objetivos quanto à ECP, se o alvo for a redução da medicação usada pelo paciente com DP, provavelmente é indicado STN. Quando se considera os benefícios da ECP em relação a discinesia e/ou disfunções cognitivas preexistentes, a indicação é que a região anatômica de escolha seja o GPi. Novos estudos também sugerem estudos dos gânglios basais a fim de relacioná-los com os sinais motores cardíacos parkinsonianos.²⁵

Também há estudos que mostram que pacientes submetidos a GPi ECP obtiveram benefício com pequena redução não estatística no peso (+3,09 kg, $p=0,26$) e IMC quando comparados aos pacientes submetidos a STN ECP que tiveram tendência ao ganho de peso e IMC. Nesse estudo também houve referência de maior ganho de peso em mulheres. É relevante destacar que o IMC basal – antes da ECP – foi a única variável utilizada para comprovar um efeito significativamente estatístico, ainda que pequeno, para o ganho de peso.¹²

5.3 Efeitos de lavagem

Medindo-se a bradicinesia em pacientes com DP submetidos a STN ECP observa-se perda do benefício inicial de modo parcial quando há desligamento do ECP. Observa-se ainda que, a lavagem lenta apresenta respostas diferentes nos pacientes com diferentes tempos de duração da doença: nos pacientes que com menor duração da DP a lavagem foi mais lenta quando comparada aos pacientes com maior duração da DP, sendo a lavagem mais rápida neste último. ³

6 | CONCLUSÕES

A estimulação cerebral profunda é uma intervenção segura e que traz benefícios, principalmente aos sintomas motores da doença de Parkinson. Para o sucesso da ECP é importante ter confiança no diagnóstico, presença de sintomas mínimos não motores, principalmente declínio cognitivo e depressão, o paciente deve ter mínimas alterações clínicas, suporte social de forma razoável e conscientização sobre a necessidade das responsabilidades com uma terapia complexa. Conclui-se que, quando bem indicada, a ECP é mais eficaz que o tratamento medicamentoso isolado.

REFERÊNCIAS

1. AKAKIN A, YILMAZ B, URGUN K, EKŞI MS, AFŞAR N, KILIÇ T. **Hypersexuality after bilateral deep brain stimulation of the subthalamic nucleus for Parkinson's disease** *Neurol India*. 2014 MarApr;62(2):233-4.
2. CHOPRA A, ABULSEUD OA, SAMPSON S, LEE KH, KLASSEN BT, FIELDS JA, MATSUMOTO JY, ADAMS AC, STOPPEL CJ, GESKE JR, FRYE MA. **Mood stability in Parkinson disease following deep brain stimulation: a 6-month prospective follow-up study.** *Psychosomatics*. 2014 Sep-Oct;55(5):478- 84.
3. COOPER SE, MCINTYRE CC, FERNANDEZ HH, VITEK JL. **Association of deep brain stimulation washout effects with Parkinson disease duration.** *JAMA Neurol*. 2013 Jan;70(1):95-9.
4. FLODEN D, COOPER SE, GRIFFITH SD, MACHADO AG. **Predicting quality of life outcomes after subthalamic nucleus deep brain stimulation.** *Neurology*. 2014 Oct 28;83(18):1627-33. *Neurology*. 2014 Oct 28; 83(18): 1627–1633.
5. HOLIGA Š, MUELLER K, MÖLLER HE, URGOŠÍK D, RŮŽIČKA E, SCHROETER ML, JECH R. **Resting-state functional magnetic resonance imaging of the subthalamic microlesion and stimulation effects in Parkinson's disease: Indications of a principal role of the brainstem.** *Neuroimage Clin*. 2015 Aug 21;9:264-74.
6. JANVIN C, AARSLAND D, LARSEN JP, HUGDAHL K. **Neuropsychological profile of patients with Parkinson's disease without dementia.** *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2003; 15: 126-31
7. JANVIN CC, LARSEN JP, AARSLAND D, HUGDAHL K. **Subtipos de comprometimento cognitivo leve na doença de Parkinson: progressão para demência.** *Mov Disord* 2006;9:1343-1349.
8. KLOSTERMANN F, EHLEN F, VESPER J, NUBEL K, GROSS M, MARZINZIK F, CURIO G, SAPPOK T. **Effects of subthalamic deep brain stimulation on dysarthrophonia in Parkinson's disease.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008 May;79(5):522-9. Epub 2007 Aug 31. doi:10.1136/jnnp.2007.123323
9. LARSON PS. **Deep brain stimulation for movement disorders.** *Neurotherapeutics*. 2014 Jul;11(3):465- 74.
10. LEVI V, CARRABBA G, RAMPINI P, LOCATELLI M. **“Short term surgical complications after subthalamic deep brain stimulation for Parkinson's disease: does old age matter?”.** *BMC Geriatr*. 2015 Oct 6;15:116.
11. MACHADO AF, RIEDER CD, HILBIG A, REPPOLD CT. **Perfil neuropsicológico de pacientes com doença de Parkinson selecionados para cirurgia de estimulação cerebral profunda.**

12. MILLS KA, SCHERZER R, STARR PA, OSTREM JL. **Weight change after globus pallidus internus or subthalamic nucleus deep brain stimulation in Parkinson's disease and dystonia.** Stereotact Funct Neurosurg. 2012;90(6):386-93

13. MORO E, LOZANO AM, POLLAK P, AGID Y, REHNCRONA S, VOLKMAN J, KULISEVSKY J, OBESO JA, ALBANESE A, HARIZ MI, QUINN NP, SPEELMAN JD, BENABID AL, FRAIX V, MENDES A, WELTER ML, HOUETO JL, CORNU P, DORMONT D, TORNQVIST AL, EKBERG R, SCHNITZLER A, TIMMERMANN L, WOJTECKI L, GIRONELL A, RODRIGUEZ-OROZ MC, GURIDI J, BENTIVOGLIO AR, CONTARINO MF, ROMITO L, SCERRATI M, JANSSENS M, LANG AE. **Long-term results of a multicenter study on subthalamic and pallidal stimulation in Parkinson's disease.** Mov Disord. 2010 Apr 15;25(5):578-86

14. MUNHOZ RP, MORO A, SILVEIRA-MORIYAMA L, TEIVE HÁ. **Sinais motorizados na doença de Parkinson: uma revisão.** Arq Neuropsiquiatr. 2015; 73 (5): 454-62.

15. MUSLIMOVIC D, POST B, SPEELMAN JD, DE HAAN RJ, SCHMAND B. **Declínio cognitivo na doença de Parkinson: estudo prospectivo longitudinal.** J Int Neuropsychol Soc.2009; 15 (3): 426-37.

16. NOYCE AJ, LEES AJ, SCHRAG AE. **A fase de pré-diagnóstico da doença de Parkinson.** J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2016; 87 (8): 871-8.

17. PANDEY S, SARMA N. **Deep brain stimulation: current status.** Neurol India. 2015 Jan-Feb;63(1):9-18.

18. PRINGSHEIM T, JETTE N, FROLKIS A, STEEVES TD. **The prevalence of Parkinson's Disease: a systematic review and meta-analysis.** Mov Disord. 2014;29(13):1583-90.

19. REZAI AR, KOPELL BH, GROSS RE, *et al.* **Deep brain stimulation for Parkinson's disease: surgical issues.** Mov Disord. 2006; 21(Suppl 14): S197-S218.

20. ROSSI PJ, GUNDUZ A, OKUN MS. **The Subthalamic Nucleus, Limbic Function, and Impulse Control.** Neuropsychol Rev. 2015 Dec;25(4):398-410.14

21. SCHWALB JM, HAMANI C. **The history and future of deep brain stimulation.** Neurotherapeutics. 2008 Jan;5(1):3-13.

22. ST GEORGE RJ, CARLSON-KUHTA P, KING LA, BURCHIEL KJ, HORAK FB. **Compensatory stepping in Parkinson's disease is still a problem after deep brain stimulation randomized to STN or GPi.** J Neurophysiol. 2015 Sep;114(3):1417-23.

23. TEDRUS GMA, FONSECA, LC, LETRO, GH, BOSSONI, AS, SAMARA, AB. **Demência e comprometimento cognitivo leve em pacientes com doença de Parkinson.** Arq Neuropsiquiatr.2009; 67 (2b):423-27.12

24. UGURLU TT, ACAR G, KARADAG F, ACAR F. **Manic episode following deep brain stimulation of the subthalamic nucleus for Parkinson's disease: a case report.** Turk Neurosurg. 2014;24(1):94-72

25. VON CAMPENHAUSEN S, BORNSCHEIN B, WICK R, BOTZEL K, SAMPAIO C, POEW W. **Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe.** Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15:473.8

26. WILLIAMS NR, OKUN MS. **Deep brain stimulation (DBS) at the interface of neurology and psychiatry.** J Clin Invest. 2013 Nov;123(11):4546-56.

A IDEIAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES

Giselda Pereira Moraes

Faculdade Anhanguera de Bauru, Graduanda em
Psicologia

E-mail: moraes_gp@hotmail.com

Claudineia Pedroso Fernandes

Faculdade Anhanguera de Bauru, Psicóloga Esp.
Recursos Humanos

O intuito de escolher essa temática bibliográfica teve como finalidade chamar atenção para uma situação preocupante nos dias de hoje, onde milhões de pessoas no mundo todo, principalmente adolescentes, estão tirando suas vidas. Acredita-se que servirá como alerta aos Psicólogos e Profissionais da Saúde Mental a desenvolver ações de prevenção, na tentativa de intervir junto aos adolescentes a buscar sentido na vida. Para Botega (2015) a temática do suicídio encontra-se em várias e diferentes concepções, apropriadas à sua natureza problemática e obscura. Não se pode afirmar que há um único olhar para o problema, pois, o risco de suicídio apenas será sinalizado caso seja notado que a pessoa diante de nós, poderá se matar. Foram abordados sobre os fatores, que desencadeiam, entre pensamentos, sociedade, família, amigos, namoro, escola, e afetividade. Procurou focar como é o funcionamento mental e suas mudanças de comportamento, dentro de um enfrentamento

e seus conflitos. Justificou-se a importância desta pesquisa, para colaborar e incentivar a continuidade de futuros estudos e enriquecer este campo, cada vez mais imprescindível sobre a temática. Ideação Suicida em Adolescentes, buscando a prevenção deste transtorno. Pesquisaram-se as bases de artigos, a partir dos descritores: ideação suicida; prevenção; saúde mental; psicologia, utilizando a realidade de atendimentos oferecidos pelo CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) que dispõe de equipe multiprofissional e CREAS (Centro de Referência de Assistência Social), que tem por finalidade oferecer serviço especializado e continuado a família e indivíduos em situação de ameaça ou violação aos direitos humanos. Identificar o predomínio da ideação suicida e seus riscos em adolescentes, entendendo os fatores que levam os jovens a este comportamento, e por fim apontar sobre a atuação do profissional na obtenção de mudanças comportamentais e quais são as formas assertivas de se apoderar dentro de um trabalho psicossocial. Considera-se que a ideação suicida necessita de profissionais com visão de totalidade para promover qualidade de vida, mas principalmente no momento da crise ou mesmo da tentativa de suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: ideação suicida; prevenção; saúde mental; psicologia.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FLÖTER, Danielle. **Depressão não está sendo tratada corretamente pelos brasileiros**. Disponível: <www.paueproza.crp18>. (19/01/2012), Comunicando. Acesso em: 30 de abril de 2018.

FONTENELLE, Paula. **Estatísticas Mundiais**. Disponível em: <<https://www.prevencaosuicidio.blog.br/dados>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2018.

HOUSTON, Kelly; HAWTON, Keith. (2001). **Suicídio em jovens com idade 15-24: Um estudo de autópsia psicológica**, 63(1-3), 159–170. Disponível em: <[http://doi.org/10.1016/S01650327\(00\)00175-0](http://doi.org/10.1016/S01650327(00)00175-0)>. Acesso em: 21 de abril de 2018.

NETTO, Nilson Berenchtein. **Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia, 1ª edição, Brasília, 2013.

NOGUEIRA, Gelci. **Suicídio e transtornos psicológicos - ATENÇÃO AOS 4 D's: Depressão, Desesperança, Desamparo e Desespero**. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0305>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

O ENVELHECER NA CONTEMPORANEIDADE: AS ATIVIDADES EM GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E DA CONSTRUÇÃO SOCIAL

Alessandra Patrícia de Araújo Dantas

Psicóloga, Pesquisadora e Colaboradora no
Instituto de Pesquisas e Desenvolvimento Costa
do Sol
João Pessoa – Paraíba

Edilane Nunes Régis Bezerra

Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ,
Departamento de Psicologia
João Pessoa – Paraíba

RESUMO: Este estudo objetivou identificar os benefícios físicos, psíquicos e sociais que um grupo de convivência pode favorecer para a terceira idade. Participaram nove idosas, entre 60 e 75 anos. Os grupos de convivência são uma estratégia de promoção da saúde, composto por equipes interdisciplinares, em espaços e horários rotineiramente definidos, com atividades lúdicas, com funcionamento de oficinas e palestras de prevenção e de temas considerados demandas do território. Na coleta dos dados foram utilizadas entrevistas e observações do grupo de convivência. Frente a todos os declínios fisiológicos, vivenciados com o envelhecimento, a exemplo da diminuição da tonicidade muscular, enrijecimento de vasos, perdas ósseas, déficits sensoriais motores, entre outros, as experiências mais dolorosas que os idosos vivenciam são as vivências sociais de temor, preconceito e

desrespeito. É nesse contexto que ações de apoio social, bem como ambientes acolhedores e estimuladores, destacam-se por serem elementos promotores da saúde mental, estimulando e potencializando a autonomia dos idosos, devolvendo-lhes por meio da interação social, o exercício da cidadania, da autoestima e promoção da saúde mental. Os resultados apontam que cada pessoa vivencia de modo diferenciado essa fase da vida, relevante as histórias particulares de vida, novas interações e segundo as especificidades de classe, gênero e, do particular que deles decorrem e estão associados, como: saúde, educação e condições socioeconômicas. Emerge o pedido de fortalecer suas possibilidades de intervenção no cuidado à saúde mental, garantindo assim, um envelhecimento ativo e satisfatório.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Envelhecimento Ativo, Grupo de Convivência.

ABSTRACT: This study aimed to identify the physical, psychic and social benefits that a cohabitation group can favor for the elderly. Nine elderly women, aged between 60 and 75, participated. Coexistence groups are a health promotion strategy, made up of interdisciplinary teams, in routinely defined spaces and schedules, with play activities, with workshops and workshops on prevention and issues considered as territorial demands. Interviews

and observations of the coexistence group were used in the data collection. Faced with all the physiological declines experienced by aging, such as decreased muscle tone, vessel stiffness, bone loss, motor sensory deficits, among others, the most painful experiences that the elderly experience are the social experiences of fear, prejudice and disrespect. It is in this context that social support actions, as well as welcoming and stimulating environments, stand out as being elements that promote mental health, stimulating and empowering the autonomy of the elderly, returning them through social interaction, the exercise of citizenship, self-esteem and promotion of mental health. The results point out that each person lives in a differentiated way this phase of life, relevant to particular histories of life, new interactions and according to the specificities of class, gender and, from the particular ones that follow and are associated, such as: health, education and conditions socioeconomic variables. The request to strengthen its possibilities of intervention in mental health care emerges, thus ensuring an active and satisfactory aging.

KEYWORDS: Mental Health, Active Aging, Living Group

1 | INTRODUÇÃO

Com o aumento significativo do número de idosos e da expectativa de vida, sugerem o desenvolvimento de políticas públicas com a atenção as estratégias que visem à educação, à prevenção e, principalmente, à promoção da saúde mental desta faixa etária, favorecendo a autonomia, mobilidade e acesso cidadão a espaços sociais e de serviços. De acordo com o Banco Mundial, (2011) nos últimos sessenta anos, a população brasileira acima de 60 anos tem aumentado de maneira expressiva. Essa população irá mais que triplicar nos próximos quarenta anos, de menos de 20 milhões, em 2010, para aproximadamente 65 milhões em 2050.

O histórico dos grupos de convivência de idosos brasileiros remonta à década de 70, quando o Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo iniciou um programa para a terceira idade (BORGES, BRETAS, AZEVEDO e BARBOSA, 2008). Desde então, os grupos de convivência de idosos vêm proliferando em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e instituições de ensino superior. Os centros de convivências atuam como ferramentas de grande importância para a velhice, como espaços terapêuticos. Esses espaços se caracterizam por sua excelência, onde as práticas sociais desenvolvidas colaboram para o exercício da cidadania pelos idosos.

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural e irreversível que se tornou uma tendência mundial e vem ganhando maior atenção governamental em virtude dos elevados custos com assistência médico-social (RUIVO, VIANA, MARTINS & BAETA, 2009). E, no Brasil, essa situação não é diferente, uma vez que, em virtude da transição demográfica experienciada, o Brasil encontra-se com umas das maiores taxas de crescimento da população idosa do mundo, sendo necessária a adoção de políticas públicas que promovam melhoria na saúde e qualidade de vida dos idosos. A

preocupação com o fenômeno do envelhecimento e com suas questões foi inicialmente promovida pelas organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde/OMS e Organização das Nações Unidas/ONU), que tiveram papel fundamental na análise e comunicação do impacto do envelhecimento sobre os países em desenvolvimento na tentativa de estimulá-los a adotarem medidas para o enfrentamento dessa realidade, garantindo a qualidade de vida também para essa fase do ciclo vital. Através do enfrentamento de práticas mais saudáveis para a qualidade de vida da pessoa idosa. Entre essas medidas, duas tinham destaque especial: no campo da saúde, fomentar o envelhecimento saudável e, no campo social, lutar pelo envelhecimento com direitos e dignidade (BERQUÓ, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (2002) propõe, como política de saúde, a promoção do envelhecimento ativo, a qual visa a permitir aos indivíduos o reconhecimento do potencial para o bem-estar físico, mental e social ao longo da vida. Tal proposta demanda ações por parte das autoridades, de organizações não governamentais, indústrias privadas e dos profissionais da saúde e de serviço social, buscando a promoção de redes de contatos sociais para os idosos, envolvendo neste processo grupos comunitários, trabalho voluntário, vizinhos, cuidadores familiares e programas que promovam a interação entre as gerações e os serviços.

De acordo com Borges, Bretas, Azevedo e Barbosa (2008) do ponto de vista da saúde pública, investir na qualidade de vida de idosos da comunidade, com o estímulo a grupos de convivência, por exemplo, para mantê-los em uma situação de envelhecimento ativo, deveria ser considerado fundamental para reduzir a necessidade de investimentos em prevenções secundária e terciária, em tratamentos, reabilitação e institucionalização.

Veras (1994a) destaca o Brasil como uma sociedade heterogênea, acrescenta que, apesar de o país ter uma das dez maiores economias do mundo, a distribuição da riqueza se caracteriza pela iniquidade e pela concentração de recursos nas mãos de relativamente poucos. Isso se reflete nas condições de vida dos cidadãos idosos, gerando um grande contingente de pessoas cuja fragilização econômica termina por intensificar a fragilização da saúde.

No âmbito da saúde, sabe-se que o envelhecimento da população é um fenômeno que gera novas demandas para os serviços e o aumento substancial nos custos de programas, exigindo o conhecimento de problemas prioritários e o desenvolvimento de ações visando à sua resolução (VERAS, 1994b). São diferenciados os sentidos do que é ser idoso na sociedade contemporânea e um reflexo disso pode ser verificado no proposto pela OMS (2005), em um novo modo de vida que é sugerido aos aposentados e ao falar-se em envelhecimento ativo,. Para Alves-Junior (2009), na sua elaboração enquanto um problema, o envelhecimento pode receber influência além do 'envelhecimento da população', de outras como da 'pobreza', da 'dependência', ou ainda das 'relações entre as gerações'. Segundo o autor, o papel definido aos velhos em determinada sociedade é fruto das influências exercidas pela organização

socio-econômica-cultural, que acaba sugerindo a imagem do que serão seus velhos. Podemos considerar que a visão marginalizada dos que se transformam em velhos perdurou durante muitos séculos e continua no século XXI, apenas de maneira mais sutil.

2 | O ENVELHECER NA CONTEMPORANEIDADE: SAÚDE MENTAL E CONSTRUÇÃO SOCIAL

O século XX marcou grandes avanços nos estudos sobre o envelhecimento devido às mudanças ocorridas no perfil demográfico da população em todo o mundo e aos conhecimentos adquiridos de pesquisas que se desenvolveram sobre esse tema (ALBUQUERQUE, 2005). A velhice contemporânea continua dividida entre dois pólos distintos. O primeiro representado pela figura do aposentado ativo, que sabe envelhecer, capaz de aproveitar a vida e ainda ser útil à sociedade. No outro pólo a velhice é apresentada pela decrepitude, dependência, estado em que a solidão e o isolamento seriam as marcas que a melhor representam.

A definição da velhice é algo bastante complexo. Do ponto de vista biológico, a velhice é um processo que afeta todos os indivíduos, mas do ponto de vista social, sofre variações de acordo com a sociedade e o contexto em que ocorre. Isso significa que é fundamental pensar nas representações da velhice, como elas são produzidas e determinadas pela sociedade nos seus respectivos contextos sociopolíticos e culturais. Conforme Goldman (2009) as diversas faixas etárias além das características típicas de suas condições biológicas, correspondem a um status e um papel social determinado, variáveis de acordo com os modelos de sociedade e seus graus de complexidade, concluindo que, se a velhice ocorre em local, tempo e cultura diferentes, o status do idoso e diversamente concebido em cada cultura, em cada sociedade e em cada época.

Por outro lado, a vulnerabilidade dos idosos aos transtornos mentais justifica a relevância da investigação das manifestações psicopatológicas que apresentam para orientar as intervenções necessárias à promoção da saúde mental de forma a associar qualidade aos anos vividos. Além disso, os distúrbios psiquiátricos dos idosos interferem de forma negativa na vida daqueles envolvidos com seus cuidados, e já representam uma das principais áreas de gastos com a saúde da população em países desenvolvidos (ALMEIDA, 1999). Os gastos com saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento populacional, agravando os desafios de promoção da equidade (MOTTA & AGUIAR, 2007). A depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e apesar disso, a presença de sintomas depressivos é apenas ocasionalmente reconhecida pelo paciente e pelos profissionais de saúde, causando sofrimento desnecessário àqueles que não recebem

tratamento, dificuldades para os familiares do paciente, e elevado custo econômico à sociedade (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999; DUARTE & REGO, 2007) afirmam que a depressão é uma doença, e não uma manifestação do envelhecimento fisiológico; portanto, necessita ser diagnosticada e tratada.

No imaginário social, o envelhecimento é um processo que concerne à marcação da idade como algo que se refere à natureza, e que se apresenta como desgaste, limitações crescentes e perdas físicas e de papéis sociais, em trajetória que finda com a morte. Não se costuma pensar em nenhum bem; quando muito, alguma experiência (MOTTA, 2002). Tal pensamento reforça crenças estereotipadas sobre os velhos como categoria unitária e homogênea, com metas parecidas, problemas idênticos e iguais circunstâncias de vida (UCHOA, FIRMO & LIMA-COSTA, 2002).

O status da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence. Com um conjunto de significação a sociedade lhe destina um lugar e um papel, e o indivíduo que envelhece é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele. A velhice é objeto de estudo que difere de acordo com o contexto social em que viveu e vive o indivíduo. Assim, não existe uma velhice, mas há velhices: masculina e feminina; uma dos ricos, outra dos pobres; uma do intelectual, outra do trabalhador braçal, ou mesmo de trabalhadores intelectuais como reforça Caldas (2002); Beauvoir (1990).

A discussão sobre o envelhecimento humano e suas representações, nos revela que a velhice é significada de forma diferente pelos indivíduos, tendo como influencia as determinações culturais, junto às histórias de vida dos sujeitos e da relação que estes estabelecem com o mundo e com os outros.

Dessa forma, lidar com o tema velhice na atualidade é transitar por dois modelos antagônicos de se pensar o envelhecimento: no primeiro deles, trata-se de construir um quadro apontando a situação de pauperização e abandono a que o velho é relegado, alimentando os estereótipos da velhice como um período de retraimento em face da doença e da pobreza, legitimando as políticas públicas; no segundo, trata-se de apresentar os idosos como seres ativos, capazes de dar respostas originais aos desafios que enfrentam em seu cotidiano, redefinindo sua experiência de forma a se contrapor aos estereótipos ligados à velhice (DEBERT, 1999).

De acordo com Borges, Medina-Mora e Moreno (2004) os estudos sobre a saúde mental contribuem para um mapeamento de sofrimentos psíquicos, como a depressão, vivenciados pela população idosa, ressaltando que ao se pensar em um estudo sobre os transtornos mentais, há que se considerar: o caráter duplo (comportamento externo e percepção subjetiva) da doença mental; a articulação entre o biológico e o social (genética versus ambiente); e que a busca pelo serviço só ocorre quando o sofrimento já é bastante intenso. Neste sentido, vale ressaltar a importância dos serviços de saúde mental, o papel crucial no envelhecimento ativo. De acordo com os autores deve-se dar uma atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental (especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos (OMS, 2005).

Este estudo buscou analisar o funcionamento de um grupo convivência de pessoas idosas com o objetivo identificar os benefícios físicos, psíquicos e sociais que um grupo de convivência pode oferecer para a terceira idade.

3 | METODOLOGIA

O grupo aqui mencionado é um espaço de convivência grupal e intersetorial e tem por finalidade a promoção de ações para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mediante realização de oficinas, palestras e vivências, além de outras ações na temática da saúde mental e convivência social, temas que sugerem a promoção de conhecimentos, troca de saberes, percepção sobre seu território e integração na contemporânea.

É um campo de prática para a investigação gerontológica em diversas áreas do conhecimento e representa compromisso com a valorização do idoso, difusão de conhecimentos e práticas de acordo com os interesses e motivações dos idosos, outras ações propostas pelo espaço de convivência são o estímulo à participação ativa de pessoas idosas e na execução de atividades valorizado as potencialidades e habilidades, o intercâmbio de experiências, o diálogo de espaços de serviços públicos para a promoção de ações de educação não formal, com foco na temática e em caráter continuado aos grupos de idosos.

O grupo específico existe desde 2006. Com frequência não obrigatória é composto por pessoas com idade equivalente ou superior a 60 anos, consideradas idosas, segundo a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8842 de 04 de janeiro de 1994 Art. 2º).

Participaram dessa pesquisa 09 (nove) idosas que frequentam o espaço há mais de três anos. Os encontros foram realizados às terças-feiras, das 14h00 às 16h00. Participam dos encontros facilitadores de formação, técnicos em saúde e em assistência social.

As principais atividades realizadas são: técnicas teatrais (os membros do grupo também confeccionam cenário e planejam o espetáculo), expressão corporal (dança, mímica, gestos), técnicas de dinâmica de grupo, técnicas de memorização que favorecem a integração e cursos artesanais e manuseio de arte e em tecidos, alimentação saudável, prevenção e promoção da saúde.

O método utilizado para a realização desse estudo foi observação das idosas no espaço de convivência e aplicação de grupo operativo. Após elucidar o objetivo do estudo, obteve-se o consentimento da coordenadora para dar início as observações. Foram realizadas quatro visitas ao local do estudo, observou-se o grupo com 09 (nove) idosas que participavam do grupo teatral.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas técnicas operativas utilizadas em grupos com idosos, encontram-se alguns elementos comuns que funcionam como fatores terapêuticos. Dentre eles pode-se citar: a abertura de um novo espaço adequado para o extravasamento de emoções do idoso; o grupo representou um canal de comunicação, ressignificando relações conflituosas entre o idoso e seus familiares e contextos. De acordo com Zimerman e Osório (1997), a técnica utilizada nos grupos com idosos não consiste de interpretações de natureza psicanalítica, mas de natureza cognitiva; o grupo propicia o resgate de uma ressocialização; a dificuldade maior no trabalho de grupos com idosos encontra-se no fator social, em que há o desamparo real exterior, seja em relação à desinformação cultural, seja de um abandono por parte da família, e uma proposta para enfrentar esse problema, com a sugestão das experiências dos autores é a reinvenção de suas narrativas, com discussões, informações e acompanhamento de profissionais.

Ao ingressar em um grupo de convivência, tanto a pessoa idosa como seus familiares reconhecem como objetivo a busca da valorização do idoso como indivíduo socialmente útil, com possibilidade de resgatar sua autonomia, potencialidades e cidadania ativa. São indispensáveis no processo o apoio, o incentivo e o reconhecimento dos familiares. Alguns autores reforçam que tais tópicos são percebidos pelo idoso como um reforço para que ele continue a participar de um grupo (LEITE, CAPELARI & SONEGO, 2002).

Verificou-se uma grande integração entre os membros do grupo, através das trocas de idéias, pensamentos e sentimentos compartilhados. Pode-se afirmar que o grupo representou habilidades e coesão, visto que seus membros possuem um nível de integração desejável e estabeleceram de modo decisivo relações interpessoais com base na aceitação, interdependência e complementaridade. Sobre estes aspectos, vale ressaltar o que a OMS (2005) sinaliza sobre manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento tratando o tópico como uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual a interdependência e a solidariedade são prioridades entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são de fato, princípios relevantes para o envelhecimento ativo. Neste estudo foi relevantes a colocação em um dos encontros que reforçou o cuidado para cada fase do desenvolvimento humano, nas colocações sobre a criança de ontem que será o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. A qualidade de vida e a maneira como as gerações futuras irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário.

Os motivos que levaram as pessoas a procurarem o grupo se caracterizam por: interesse por teatro, para se desinibir, fazer amizades, vencer a depressão, busca pela convivência social e comunitária. Todavia, com o tempo e conhecimento das mesmas

sobre a metodologia e estrutura das atividades foram elucidadas as atividades como: promoção espaço terapêutico e as vantagens do mesmo para o campo da convivência social e cognição. Foi reconhecido nas falas o intuito de trabalhar a memória, a atenção, as habilidades motoras e expressão corporal. Foi compreendido o papel de técnicos e profissionais na convivência grupal e para que haja o teatro. De um lado, técnicos e colaboradores para produção de narrativas relevantes a história de vida do grupo, equipe de iluminação, montagem e figurinos. De outro lado, os facilitadores (profissionais psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, assistentes sociais, entre outros). Foi reconhecido ainda a utilização da abordagem da construção coletiva na configuração das atividades: os membros do grupo relatam suas demandas, criam situações, emergem ideários no grupo, confeccionam os textos para serem trabalhados, os quais são aprimorados pela equipe, as idosas escolhem as personagens que melhor se adequam a cada uma delas e no teatro cada papel tem sua importância, os personagens se adequam ao ator e não o contrário.

Zimerman e Osório (1997) menciona que com o envelhecimento, há muitas perdas físicas, mentais, sociais, de amigos, trabalho, separações, doenças e mortes, as quais desestabilizam o seu senso de identidade, por isso mesmo é bastante trabalhado no grupo o vínculo que os membros têm entre eles, a amizade. Percebe-se que cada membro deste grupo respeita as dificuldades do outro, ampliando a tolerância, o diálogo e a coesão. O grupo se organiza através deste vínculo.

Verifica-se que o clima que predomina no grupo de idosas, de forma geral, é um clima de satisfação quanto aos componentes, metas e objetivos existentes. No entanto, houve uma oscilação nesta satisfação quanto à meta de trabalho que deveria ser realizado. Como o grupo é de teatro e tem por objetivo principal apresentar uma peça, diante das demandas particulares das usuárias, a prioridade grupal torna-se singular frente a sua história de vida. De acordo com a meta a ser alcançada, por considerar que não seria capaz de atuar, por não ter interesse em representar para outros e trazendo dessa forma a tona questões individuais que repercutem no grupo como um todo, questões referentes a valores, crenças e orientação de vida. Assim, o clima do grupo diante desta nova demanda passa por nuances de tensões, entusiasmo, prazer e frustração. Nesse contexto o papel do facilitador observando o conflito foi de propor flexibilidade, valorização das sugestões para complementar e enriquecer o grupo e suas produções.

Neste sentido, o teatro e todos os seus componentes envolvidos, apresentam-se como uma opção colaborativa no processo de autodescoberta e também de inclusão social, podendo contribuir na relação com o outro, na integração entre as pessoas, pois não há teatro sem haver a “troca” e, ainda mais, contribui também para o processo de doação, favorecendo o afeto. Segundo esta perspectiva de “trocas”, observa-se entre as potencialidades dessa pesquisa o uso de ferramentas e técnicas que favorecem a retomada e a consciência da dignidade e a promoção da reativação de capacidades singulares na promoção da saúde mental. Neste processo há um

fortalecimento das relações de afetividade entre os próprios membros do grupo, entre eles e os facilitadores e que há a possibilidade de viver com sabedoria, autonomia e dignidade.

Segundo Cardoso, Dias, João, Sampaio e Santiago (2005), a participação em grupos contribui para o aumento da qualidade de vida, uma vez que proporciona aos idosos uma melhora significativa de sua saúde, resultando numa melhora da autoestima, autopercepção e autocuidado. É possível verificar que as práticas sociais desenvolvidas em grupo contribuem para que os idosos exerçam seu papel de cidadania e possam otimizar suas potencialidades.

Uma das mudanças percebidas foi em relação melhoria no empenho na memorização, concentração aguçada, melhoras na capacidade cognitiva e o número de falas que as idosas conseguem “decorar” foi ampliado. Foram trabalhadas a potencialidade de cada participante, respeitando os limites das mesmas. Os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e capacidade cognitiva (por exemplo, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas), são indícios que corroboram para o envelhecimento ativo e longevidade (SMITS et al., 1999) os quais foram percebidos como potencializados no grupo. Algo possível e efetivamente contributivo para essa fase do desenvolvimento humano. Durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas (inclusive a rapidez de aprendizagem e memória) diminuem, naturalmente, com a idade. Entretanto, tais perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas), e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si. Outros fatores psicológicos que são adquiridos ao longo do curso da vida têm uma grande influência no modo como as pessoas envelhecem.

5 | CONCLUSÃO

O envelhecimento da população no Brasil é uma realidade, diante disso, Pereira (2005) sinaliza que o envelhecimento é uma questão prioritária que vem mobilizando a sociedade brasileira, já que as demandas e exigências geradas por essa nova condição populacional trazem consigo enormes desafios e implicações sociais já conhecidas no cotidiano das sociedades. As mudanças vividas com o envelhecimento pedem a implementação de políticas públicas idealizadas a partir do reconhecimento do particular, das necessidades emergentes de grupos e relevante as demandas de um território, garantindo direitos, que poderão vir através de ações integradas de instituições que ofereçam diferentes atividades de prevenção e promoção da saúde

física e mental na velhice.

O presente estudo reflete o aumento do interesse pela pesquisa na área do envelhecimento no Brasil. Atualmente, no debate sobre políticas públicas, na ciência, em pesquisas científicas. O idoso é um ator que não mais está ausente do conjunto de discursos produzidos. É preciso conhecer um pouco mais sobre a maneira como o idoso percebe seus problemas de saúde, situações de conflito e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso. O envelhecer também é uma construção social. Não podemos aceitar a visão depreciativa da sociedade sobre a velhice, faz-se necessário pensar, refletir sobre o envelhecer no contexto social contemporâneo.

Por tudo isso, há que se refletir sobre a necessidade de investir na ampliação dos serviços oferecidos nos centros de convivência e assistência integrada para idosos, a fim de fortalecer suas possibilidades de intervenção no cuidado à saúde/saúde mental, garantindo assim, um envelhecimento ativo e satisfatório. Bem como, qualificar profissionais e oferecer serviços de extensão a comunidade e realizar pesquisas na área da Psicologia Social da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins. **Envelhecimento Ativo: desafios dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos**, São Paulo, 246f. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.
- ALMEIDA, Osvaldo. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 12-18. Almeida, O.P. & Almeida, S.A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, 1999, n.57(2B), p. 421-426.
- ALVES-JUNIOR, Edmundo de Drummond. Aspectos sociodemográficos de um país que envelhece: o exemplo brasileiro. In **Envelhecimento e Vida Saudável**, ALVES JUNIOR, E.D. e outros (org.), Rio de Janeiro: Apicuri, 316p, 2009.
- BANCO MUNDIAL. Population aging: is Latin America ready? Directions in development. Washington, DC: **The World Bank** [Internet]. 2011.
- BASSIT, Ana Zahira. História de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MINAYO, MCS.; COIMBRA JR., CEA (orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 175-189, 2002.
- BEAUVOIR, Simone. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, Anita Liberalesco; DEBERT, Guita Grin (orgs.). **Velhice e Sociedade**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1999 - (Coleção Vivacidade).
- BORGES, Guilherme, MEDINA-MORA, Maria Elena. & MORENO, López. El papel de la epidemiología em la investigación de los trastornos mentales. **Salud Pública**, México, 46(5), 2004.
- BORGES, Paula Lutiene de Castro; BRETAS, Rose Procópio; AZEVEDO, Silvana Fernandes; BARBOSA, Juliana Magalhães Machado. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2008; n. 24, v.12, p. 2798-

CALDAS, Célia Pereira. O Idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

CARDOSO, R.C; DIAS, R.C; João, A.F; SAMPAIO, A.A.Z. & SANTIAGO, E.A. Atividades em Grupos – alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 8, n.3, 2005.

DEBERT, Guita Grin. A Invenção da Terceira Idade e a Rearticulação de Formas de Consumo e Demandas Políticas. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais**, vol. 12, nº. 34, Junho de 1997. pp. 39-56.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp. pp. 11-69, 193-253, 1999.

DUARTE, Meirelayne Borges. & REGO, Marco Antônio Vasconcelos. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Caderno de Saúde Pública**, n.23, v.3, p. 691-700, 2007.

GOLDMAN, Sara. Nigri. As Dimensões culturais, sociais e políticas do Envelhecimento. In **Envelhecimento e Vida Saudável**, ALVES JUNIOR, E.D. e outros (org.), Rio de Janeiro: Apicuri, 316p, 2009.

LEITE, Marinês Tambara; CAPELARI Viviane Tolfo; SONEGO Joseila. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2002; n. 4, v. 1 p.18–25.

MOTTA, Alda Brito. Envelhecimento e Sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., CEA (orgs) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro; Ed. FioCruz, p. 37-50, 2002.

MOTTA, Luciana Branco da, & AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. OMS. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; Organização Pan-Americana da Saúde tradução Suzana Gontijo. – Brasília: 2005..

PEREIRA, Thelma Maria Franco Rabello Araújo. **Histórias de vida de mulheres idosas – um estudo sobre o bem-estar subjetivo na velhice**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2005.

UCHÔA, Elizabeth; FIRMO, Josélia; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VERAS, Renato Peixoto. **País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume, 1994.

RUIVO, Susana; VIANA, Paulo; MARTINS, Cristiana, BAETA, Cristina. Efeito do envelhecimento cronológico na função pulmonar: Comparação da função respiratória entre adultos e idosos saudáveis. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. 2009; n. 15, v. 4, p. 629-653.

SMITS, CH.; DEEG, DM. & SCHMAND, B. “Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population”. **American Journal Epidemiology**, 1999, n. 150, v. 9, p. 78-86.

VERAS, Renato Peixoto; Coutinho, Evandro. Coeli, Cláudia Medina. Transtornos mentais em idosos:

a contribuição da epidemiologia. In: VERAS, Renato Peixoto (org.). **Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Dumará, 1997.

VERAS, Renato Peixoto & ALVES, Maria Isabel. A população idosa no Brasil: Considerações acerca do uso de indicadores de saúde, In: **Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80** (M. C. S. Minayo, org.), pp. 320-337, São Paulo: Editora Hucitec, 1994a.

WHO, World Health Organization. **Active ageing: a policy framework**. Spain: 2002.

ZIMERMAN, David; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos?** Porto Alegre: Artmed, 1997.

O GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Mara Cristina Ribeiro

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Jéssica Bazilio Chaves

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

Rebeca Rodrigues Gomes

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

Ewerton Cardoso Matias

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Curso de Terapia Ocupacional
Maceió, Alagoas

Janinne Santos de Melo

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Manoel Juvenal da Costa Neto

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Sérgio Francisco dos Santos Júnior

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

Kristiana Cerqueira Mousinho

Centro Universitário CESMAC
Mestrado Pesquisa em Saúde
Maceió, Alagoas

RESUMO: A Redução de Danos pode ser entendida como política, estratégia e abordagem que busca minimizar os prejuízos sociais e de saúde decorrentes do uso abusivo de substâncias como o álcool e outras drogas, levando em consideração o usuário enquanto cidadão com direitos, reconhecendo sua singularidade e valorizando suas escolhas. O artigo tem como objetivo descrever a experiência de formação e coordenação de um grupo de Terapia Ocupacional na perspectiva da Redução de Danos em um Centro de Atenção Psicossocial. Apresenta, para tanto, os desdobramentos dessa trajetória, indicando a experiência como norteadora da transformação sob o ponto de vista dos usuários, que passaram a se perceber como protagonistas de seu tratamento; dos terapeutas ocupacionais, que puderam oferecer ações e intervenções mais humanizadas, éticas, respeitando e considerando as escolhas e realidades desses usuários; e, à equipe do serviço, que pôde vivenciar os enfrentamentos advindos dessas transformações. A proposta da Redução de Danos tem se mostrado cada vez mais relevante e eficaz, e isso tem exigido dos

serviços de atenção psicossocial uma nova forma de lidar com a droga e os sujeitos, em favor da defesa e afirmação da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental, Usuários de Drogas, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Alcoolismo, Reabilitação.

ABSTRACT: Harm Reduction can be understood as a policy, strategy and approach that seeks to minimize the social and health damages resulting from the abusive use of substances such as alcohol and other drugs, taking into account the user as a citizen with rights, recognizing their uniqueness and valuing their choices. The article aims to describe the formation and coordination of an Occupational Therapy group from the perspective of Harm Reduction in a Psychosocial Care Center. It presents, therefore, the unfolding of this trajectory, indicating the experience as guiding the transformation from the point of view of the users, who began to perceive themselves as protagonists of their treatment; of occupational therapists, who were able to offer more humanized and ethical actions and interventions, respecting and considering the choices and realities of these users; and to the service team, who was able to experience the confrontations resulting from these transformations. The Harm Reduction proposal has been increasingly relevant and effective, and this has required a new way of dealing with the drug and the subjects in the psychosocial care services in order to defend and affirm life.

KEYWORDS: Mental Health Services, Drug Users, Substance-Related Disorders Alcoholism, Rehabilitation.

1 | INTRODUÇÃO

As técnicas grupais têm sido cada vez mais utilizadas por terapeutas ocupacionais como ferramentas indispensáveis e eficazes em seu trabalho, tendo como propósito a realização de uma atividade e partindo-se do princípio de que o fazer tem efeito terapêutico, e de que a ação é carregada de sentido e significado (BALLARIN, 2007; CUNHA, SANTOS, 2009).

Como indicam Ribeiro et al (2017), o grupo de terapia ocupacional tem como instrumento específico de intervenção a atividade como facilitadora dos processos dialógicos, nesse sentido, o seu uso amplia potencialidades individuais e coletivas, protagoniza reflexões e experimentações na cotidianidade, pode possibilitar a expressão de sentimentos e estimular a autonomia e a motivação.

No campo da saúde mental, o grupo de Terapia Ocupacional é bastante difundido e seus objetivos vão desde o desenvolvimento da criatividade e espontaneidade, construção da autoconfiança, desenvolvimento individual, liberdade para tomar decisões, expressão de sentimentos, emoções e conflitos, trabalhar com a imaginação e o inconsciente, reflexão, relaxamento, entre outros. (LIEBMANN, 2000)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços inseridos no Sistema Único de Saúde e ofertam cuidado às pessoas com transtorno mental severo e

persistente ou aqueles decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Estes dispositivos trabalham na perspectiva da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial, na lógica da territorialidade. Desta forma, o tratamento disponibilizado é integral e intensivo, com o propósito de dar respostas às necessidades e problemas apresentados por seus usuários em suas vidas cotidianas (RIBEIRO, 2013).

Para atingir tais objetivos, os CAPS operacionalizam suas intervenções principalmente a partir de atendimentos grupais, em virtude do caráter aberto, comunitário, da ótica interdisciplinar e da complexidade dos casos (RABELO, 2006).

Neste cenário, o Terapeuta Ocupacional pode (e deve) lançar mão do grupo como um espaço potencial, que além de fomentar a autonomia, transforma a vida dos participantes através das atividades significativas (CASTRO et al., 2017).

Na clínica do cuidado aos usuários que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, a abordagem grupal pode funcionar tanto como atividade educativa, de aconselhamento e orientação, quanto como intervenção terapêutica, favorecendo suporte, expressão e reflexão (BOURGUIGNON, GUIMARÃES, SIQUIERA, 2010).

Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 3.088/GM/MS, além de ser prioritária a realização de atividades grupais nos CAPS, estratégias de Redução de Danos (RD) devem ser desenvolvidas para as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas que visam à redução dos prejuízos causados pelo consumo de substâncias, considerando que algumas pessoas não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso. O foco é a autonomia do paciente, garantindo, assim, o pleno exercício de sua liberdade individual (NIEL, SILVEIRA, 2008).

Desta forma, a RD intervém de forma humanizada nos problemas relacionados ao uso de drogas, sem impor culpa, estigma ou criminalização no usuário de drogas, ela o entende não como doente, mas como um sujeito inserido num processo histórico-social e que, portanto, sofre as influências do meio e age mediante esse contexto (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2012)

Na RD os objetivos são parciais, por considerar a capacidade de transformação das pessoas, as intervenções são facilitadoras e não coercitivas, e as alternativas construídas com a participação ativa tanto dos usuários quanto dos familiares e equipe (IHRA, 2010; NIEL, SILVEIRA, 2008).

Pensando nisso, o presente estudo teve como objetivo descrever a experiência da coordenação da Terapia Ocupacional em um grupo de Redução de Danos de um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, de um município do estado de Alagoas, apresentando os desdobramentos de toda a trajetória de desenvolvimento do grupo.

2 | CAMINHOS DE CONSTRUÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência descreve aspectos vivenciados na oportunidade da coordenação de um grupo de Redução de Danos em um Centro de Atenção Psicossocial. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais.

O desenvolvimento do grupo aconteceu no período de março de 2015 a novembro de 2015, num CAPS do tipo II, específico para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, em uma cidade do estado de Alagoas, com usuários do serviço que faziam uso primário de álcool e associadamente outras drogas.

O processo da experiência envolveu diversas etapas, dentre elas: a definição e seleção da clientela, o estabelecimento do contrato terapêutico, definição dos objetivos do grupo, a preparação do ambiente e dos materiais a cada encontro, as intervenções realizadas e os resultados alcançados.

3 | RELATANDO A EXPERIÊNCIA

O município em que a experiência relatada foi desenvolvida é o segundo no Estado de Alagoas que mais realiza internações psiquiátricas, ficando apenas atrás da capital. Além disso, apresenta um alto índice de pessoas que fazem uso abusivo de álcool, sendo um dos principais motivos de afastamento do trabalho. Na composição de sua Rede de Atenção Psicossocial ele dispõe de 1 CAPS II, 1 Ambulatório de Saúde Mental e 6 leitos masculinos para transtornos mentais em Hospital Geral.

Com a mudança da gestão na Secretaria Municipal de Saúde, foram priorizadas transformações no cuidado que era ofertado às pessoas que faziam uso de crack, álcool e outras drogas, com o objetivo de fortalecer a adesão dos usuários ao serviço, diminuir o número de internações por intoxicação no hospital do município, estimular o protagonismo dos sujeitos em seus projetos terapêuticos e minimizar os prejuízos biológicos, familiares e sociais decorrentes do uso abusivo.

O grupo de Redução de Danos foi estruturado a partir de discussões de casos e reuniões de equipe, em que se identificou a ausência de propostas voltadas para o público usuário de substâncias no serviço e, conseqüentemente, o percentual de usuários que não se engajavam nas demais atividades do serviço, que não apresentavam evolução no quadro clínico e/ou que abandonavam o tratamento.

A definição de um grupo de Redução de Danos partiu do entendimento coletivo de que por se tratar de uma política de saúde vigente no nosso país, por ser uma estratégia garantida em portaria ministerial e por adotar princípios e diretrizes mais realistas, objetivos e eficazes, era a proposta mais próxima, possível e ideal para aquele serviço.

Em virtude dos conhecimentos necessários que exigem o desenvolvimento de ações/intervenções em Redução de Danos, a sua coordenação ficou sob a

responsabilidade das terapeutas ocupacionais, pela formação acadêmica e continuada que estes profissionais possuíam na área.

Para o desenvolvimento do grupo foi inicialmente estruturado o perfil da clientela, os objetivos do grupo e o rol de atividades a serem desenvolvidos:

Perfil da clientela: homens (não existiam mulheres usuárias de substâncias no serviço), usuários de álcool (podendo fazer uso de outras drogas concomitantemente), acima de 18 anos.

Objetivos do grupo: minimizar os danos causados pelo uso de substâncias; estimular o protagonismo e autonomia dos participantes; construção de hábitos saudáveis; desenvolver novas formas de se relacionar com o fazer e de obter prazer; emancipação social.

Rol de atividades: atividades do repertório ocupacional dos participantes, atividades educativas, atividades de autoconhecimento e atividades expressivas.

Por ser um grupo coordenado por terapeutas ocupacionais, o uso das atividades era o elemento central na sua constituição e o fazer terapêutico era o foco da intervenção, buscando a reorganização do cotidiano, a construção de novos projetos de vida e novas formas de relação do usuário com o mundo.

Os objetivos e as atividades poderiam ser constantemente modificados a depender da dinâmica do grupo e das necessidades que fossem demandadas ao longo do seu desenvolvimento.

Em sua estrutura, o grupo era fechado - não poderiam entrar novos participantes - e homogêneo - todos apresentavam a mesma queixa inicial (BALLARIN, 2003). A frequência em que ocorriam era uma vez por semana, sempre no mesmo horário, e numa sala própria para grupo e atividades

Para início das atividades, foram realizadas entrevistas individuais a fim de conhecer a história de vida e ocupacional dos participantes e, aplicados instrumentos de avaliação em dependência química, saúde mental e Terapia Ocupacional.

A princípio houve um estranhamento dos participantes sobre essa nova proposta de atendimento. A realização de um grupo específico para o público e a estratégia libertadora da Redução de Danos era algo que nunca havia sido vivenciado antes.

Porém, aos poucos o estranhamento foi dando lugar ao empoderamento na medida em que foram se fortalecendo enquanto grupo; as atividades desenvolvidas foram propiciando experiências e reflexões que fortaleciam e incentivavam a expressão e ponderação de suas vivências e os usuários passaram a assumir o poder decisório sobre suas vidas e escolhas.

Conforme as atividades iam sendo realizadas observava-se que o grupo ia assumindo a função de caixa de ressonância, em que cada participante era importante para o outro, e as vivências aconteciam dentro de uma trama grupal, constituindo uma rede vincular, conforme já definido por Maximino (1995).

Dessa forma, houve uma evolução no processo terapêutico dos participantes do grupo, que mesmo não necessariamente entrando em abstinência, passaram a

adotar escolhas e hábitos mais saudáveis, tornando-se responsáveis pelo seu projeto terapêutico.

Além disso, houve uma melhora significativa nas relações dos usuários com seus familiares, maior consciência sobre sua condição de saúde e necessidades, novos objetivos e projetos de vida, melhor entendimento dos seus direitos e maior motivação para continuar em tratamento.

No que concerne à experiência de coordenação de um grupo de Redução de Danos pelas terapeutas ocupacionais, houve um grande enriquecimento pessoal e profissional. Tanto na abordagem dos usuários, na condução dos projetos terapêuticos, na definição de metas, e na forma de desenvolver as atividades, sendo identificada uma mudança na postura e na visão dos profissionais envolvidos.

Estigmas, mitos, sensações de fracasso, que antes advinham das intervenções realizadas com esse público, obtiveram novos sentidos a partir da perspectiva da Redução de Danos.

No entanto, é preciso apontar que trabalhar na perspectiva da RD traz enfrentamentos na própria equipe dos serviços, pois o imaginário dos profissionais também está repleto de expectativas de retorno à normalidade do usuário, o que fortalece a ideia de que o cuidado deve ser feito a partir da imposição da abstinência (CALASSA, PENSO, FREITAS, 2015).

Considerar o sujeito como protagonista de sua vida, acolher os usuários sem julgamento, entender que a abstinência nem sempre será condição para o tratamento, e que é possível minimizar os efeitos prejudiciais do uso abusivo de substâncias foram descobertas adquiridas ao longo do percurso do grupo, traduzindo novas formas de cuidar no contexto do uso de crack, álcool e outras drogas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a experiência de um grupo de Redução de Danos sob a coordenação da Terapia Ocupacional, observa-se o potencial transformador que esta ferramenta oferece tanto para o serviço quanto para os usuários.

Se pensarmos nas possibilidades que a Redução de Danos propicia aos sujeitos e nas novas formas de olhar e de cuidado para as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, entendemos a vastidão de benefícios que são oportunizados e garantidos.

Dentro de um serviço como o CAPS, a Redução de Danos pode encontrar solo fértil, em virtude das características e da filosofia que esta modalidade de cuidado oferece.

As intervenções grupais são espaços potenciais para o desenvolvimento de ações em Redução de Danos, e a Terapia Ocupacional enquanto profissão que atua e intervém diante deste público, pode atender a diversos objetivos que esta estratégia possui.

Observou-se nesta experiência resultados satisfatórios para os usuários, que passaram a ter mais motivação e conseqüentemente adesão ao tratamento, que tornaram-se mais conscientes e protagonistas de suas escolhas, que passaram a adotar hábitos mais saudáveis, minimizando assim os prejuízos advindos do uso abusivo do álcool e outras substâncias. Além disso, passaram a descobrir novas formas de se relacionar com o fazer, novos sentidos em novas ocupações que oportunizaram a criação de novos projetos de vida.

Para os profissionais da terapia ocupacional, a experiência também foi bastante positiva, pois estes puderam ressignificar seus modos de pensar e agir dentro desse universo de atuação, desmistificando alguns preconceitos, anseios e frustrações, modificando técnicas e práticas.

Com relação à equipe de trabalho do serviço, a experiência mostrou que nem todos os seus componentes conseguem perceber o uso de álcool e outras drogas em uma perspectiva histórica do sujeito/usuário e, principalmente, que o respeito ao protagonismo dos destes está diretamente articulado em considerar o direito do sujeito em decidir permanecer como consumidor de álcool ou drogas, mesmo que em proporções diminuídas. Desta forma, é preciso capacitar os profissionais desses serviços para que estes possam compreender melhor a estratégia de RD e, a partir disso, acolher as singularidades das escolhas feitas pelos usuários.

REFERÊNCIAS

BALLARIN, M. L. G. S. Abordagens grupais. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 38-43..

BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. IN: PÁDUA E.M.M, MAGALHÃES L.V. (Org.). **Terapia Ocupacional: Teoria e Prática**. Campinas: Papyrus, 2003, p. 63-78.

BOURGUIGNON, L. N.; GUIMARÃES, E. S.; SIQUEIRA, M. M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos Caps Ad do estado do Espírito Santo. **Cogitare Enferm**, v. 15, n.3, p. 467-73. 2010.

CALASSA, G. D. B.; PENSO, M. A.; FREITAS, L. G. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 177-187, dez. 2015.

CASTRO, G. G. A. et al. Sobre os significados das atividades grupais para usuários de um centro de atenção psicossocial - CAPS. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro, v.1, n.3, p. 332-52. 2017.

CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. dos. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n.2, Jul./Dez. 2009.

IHRA. International Harm Reduction Association. **O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos**. Londres, Grã Bretanha, 2010. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf

Acesso em 20 nov. 2018.

LIEBMANN, M. **Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios**. 4. ed. São Paulo: Summus, 2000.

MAXIMINO, V.S. A constituição de grupos de atividade com pacientes graves. Ver. **Centro Estudos Terapia Ocupacional**, v. 11, n. 1, 1995.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf Acesso em 20 nov. 2018.

RABELO, A.R. (Org.). **Um manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. Bahia. EDUFBA, 2006.

RIBEIRO, M. C.; CHAVES, J. B.; SILVA, R. C. O.; Pereira, T. A. O grupo de terapia ocupacional na saúde mental: a atividade como potencializadora de sociabilidade e protagonismo. **Psicologia & Saberes**, v.6, n.7, p. 99-113. 2017.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 24, n.3, p.174-82. 2013.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **SMAD**. [Internet], v. 8, n. 1. 2012.

O RESGATE DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NO PIAUÍ

Adriana Araújo Costa Camelo de Carvalho

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí –
Teresina, Piauí.

Lara Emanuelli Neiva de Sousa

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí –
Teresina, Piauí.

Clotildes Gomes de Oliveira

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí –
Teresina, Piauí.

Gisela Maria de Brito

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí –
Teresina, Piauí.

Agatha Zuleica Knitter Barros

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí –
Teresina, Piauí.

Alan Araújo Costa

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí –
Teresina, Piauí.

RESUMO: O cuidado integral para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é um desafio a ser superado. O presente artigo tem como descrever as ações das duas Equipes de Avaliação e Monitoramento da Medida Terapêutica da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) visando garantir o direito das pessoas privadas de liberdade ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Trata-se de um relato de

experiência, cujos resultados permitiram na sua maioria, reinserção de inúmeros pacientes ao convívio social, familiar, residencial terapêutica. Conclui-se atuação da EAP é imprescindível à garantia da dignidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; justiça criminal; assistência à saúde

ABSTRACT: Comprehensive care for people with mental disorders in conflict with the law is a challenge to be overcome. This article describes the actions of the two Teams of Evaluation and Monitoring of the Therapeutic Measure of the Person with Mental Disorder in Conflict with the Law (EAP) aiming to guarantee the right of persons deprived of their liberty to universal and equal access to the actions and services to promotion, protection and recovery of health. This is an experience report, the results of which have allowed the reinsertion of many patients into social, family, residential and therapeutic living. It concludes that the performance of the EAP is essential to guarantee the dignity of the person with mental disorder in conflict with the law.

KEYWORDS: mental health; criminal justice; health care

1 | INTRODUÇÃO

1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios (BRASIL, 2005).

Este movimento no cenário foi marcado por um período de intensas discussões e implementação e/ou implantação de serviços, com a finalidade de promover uma mudança no modelo de atenção (HIRDES, 2009).

A consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira aconteceu mediante a publicação da Lei nº 10.216, que dispõe sobre os direitos e deveres das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001), bem com o a Lei federal nº10.708 de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. As leis mencionadas possibilitaram a consolidação e operacionalização do movimento no cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os primeiros equipamentos em saúde mental a ser implantado no Brasil. Eles foram regulamentados através da portaria nº336/2002 (BRASIL, 2002).

Contudo, com o advento das Redes de Atenção à saúde, em 2011 o MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, através da portaria n.3088/2011. Com este marco normativo, iniciou-se o processo de ampliação e descentralização da rede, implementando e implantando outros dispositivos, no âmbito comunitário e hospitalar. Dentre eles destaca-se: Unidade de Acolhimento Adulto e Infantil, Serviços Residenciais Terapêuticos, Leitões de Saúde Mental nos hospitais gerais e ações que fomentem a geração de renda e protagonismo dos usuários, bem como seus familiares (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que durante o processo de consolidação da reforma psiquiátrica, o cuidado da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, ficou uma lacuna.

1.2 O louco infrator e os manicômios judiciários.

Evoca-se na literatura que o manicômio judiciário resultou de uma relação de saberes acerca do crime e da loucura, envolvendo teóricos que embasaram a relação entre a Psiquiatria e as escolas jurídicas. Desta forma, fundamentou-se no imaginário social que “loucos agitados e perigosos” deveriam ser segregados em manicômios específicos considerando-os um obstáculo para o tratamento eficaz nos manicômios

comuns (SANTOS; FARIAS, 2014).

No cenário brasileiro, os mapeamentos atuais não contêm um número consensual de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), em função da dificuldade de distinção da situação dos internados em alas de prisões comuns ou HCTP (BRASIL, 2011; DINIZ, 2011).

Cabe diferenciar que esta passagem entre ala ou seção especial para os manicômios judiciários evidencia a supremacia da Psiquiatria nos eventos jurídicos, sendo de extrema relevância para a compreensão das alianças entre a Psiquiatria e a Justiça (SANTOS; FARIAS, 2014).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira começou-se a discutir conceitos intrínsecos à política de internação compulsória de loucos infratores, tais como: inimputabilidade, medida de segurança, periculosidade, para que esta temática fosse inserida nas agendas das diversas esferas de gestão.

A extinção dos HCTP no Brasil é uma das metas desejáveis, registradas no parecer sobre medidas de segurança, segundo a perspectiva da Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2011).

Compreende-se que a medida que o fechamento dos hospitais de custódia se concretizam, os recursos de investimento devem ser revertidos na expansão e no fortalecimento da rede de atenção psicossocial, englobados pela construção de residências terapêuticas e os demais dispositivos de saúde mental. Quanto à medida de segurança, este preconiza que deve ser cumprida, preferencialmente, em dispositivos extra-hospitalares de base comunitária (SANTOS; FARIAS, 2014).

No Piauí em 2004, foi inaugurado o Hospital Penitenciário e Serviço de Saúde Mental Dr^o Valter Alencar na Colônia Agrícola Major César, localizado no município de Altos. O referido serviço contava com 30 leitos e ofertava atendimentos de natureza ambulatorial para os detentos da Colônia Agrícola Major César.

Assim, foi criado um hospital para realizar ações da atenção básica, modelo de saúde já vigente no país desde 1994. Todavia, era um estabelecimento que não estava enquadrado nas normas da Vigilância Sanitária e que no decorrer dos anos teve sua situação agravada pelas péssimas condições físicas e carência de recursos humanos. No ano de 2012, foi realizada uma inspeção judicial no Hospital Penitenciário Valter Alencar que se tratava de uma unidade prisional cadastrada como Hospital de Custódia no Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça.

Nessa inspeção foi evidenciado que o referido “Hospital de Custódia” não dispunha de mínima infraestrutura, insumos, médicos e recursos humanos da saúde para oferecer uma assistência à saúde de qualidade para as pessoas com transtornos mentais que estavam internadas.

Em 2014, o juiz da Vara de Execuções Penais determinou a remoção de 44 pacientes psiquiátricos que estavam internados e em convívio com os presos na Colônia Agrícola Major César Oliveira para o Hospital Penitenciário Valter Alencar e adequação do mesmo ao modelo de um hospital psiquiátrico. Paralelo a este cenário,

no mesmo ano houve um aumento de internações no Hospital Psiquiátrico Areolino Abreu desse público, por juizes de Teresina e do interior do Estado, porém, percebeu-se que as mesmas estavam sem indicação clínica, o que acarretou no congelamento de vários leitos, diminuindo a oferta dos mesmos para a população, uma vez que se trata do único hospital psiquiátrico no Piauí.

Importante destacar nesse cenário que nacionalmente com o objetivo de garantir o direito das pessoas privadas de liberdade ao acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), por meio da portaria interministerial nº1 de janeiro de 2014 (BRASIL,2014).

O estado do Piauí em 2014, momento de intensos movimentos, aderiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, por meio da portaria Nº 2.518/2014.

Mediante a conjuntura caótica exposta, em 2015 o Estado do Piauí recorreu à decisão do juiz e o acordo foi celebrado em segunda instância, tendo como atores os secretários de Estados da Saúde e da Justiça junto com seus técnicos e o Ministério Público. Neste acordo reorientou-se um novo paradigma de atenção à saúde mental à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei caracterizado como comunitário, garantindo o acesso dessas pessoas a todos os dispositivos que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) presentes nos territórios piauiense.

Também ficou definido neste acordo que o Hospital Valter Alencar passará a funcionar como um local de passagem de detentos por motivos de saúde, ou em razão de retorno da rede pública de hospitais para a penitenciária de origem. Por fim, o acordo prevê o encaminhamento de todos os pacientes com transtorno mental ainda presentes no sistema prisional para o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, quando necessária a manutenção da internação, visando a desinternação progressiva e encaminhamento à rede RAPS.

Em face do exposto, o presente trabalho visa descrever as ações das duas Equipes de Avaliação e Monitoramento da Medida Terapêutica da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) visando garantir o direito das pessoas privadas de liberdade ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

2 | MEMÓRIA DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por membros da equipe de Avaliação e Monitoramento da Medida Terapêutica da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), no período de 2015 à 2017.

Para operacionalizar essas novas reorientações no modelo de atenção,entra

no cenário a atuação de duas Equipes de Avaliação e Monitoramento da Medida Terapêutica da Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), conforme portaria nº 94/2014 (BRASIL, 2014), sendo estas constituídas por psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, educadores físicos e advogado conforme portaria SESAPI Nº 957/2015. As ações dessas equipes está sob coordenação da Gerência de Atenção da Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI).

No Estado do Piauí foram implantadas 02 (duas) equipes de EAP no mês de maio do ano de 2015, constituídas por equipes interdisciplinares compostas por: 01 coordenador técnico, 02 psiquiatras, 02 enfermeiras, 02 psicólogas, 02 assistentes sociais, 02 educadores físicos e 01 advogado.

Trata-se de um dispositivo conector entre os órgãos da Justiça e os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a missão de garantir à individualização das medidas terapêuticas aplicáveis a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de acordo com as singularidades e as necessidades de cada caso, viabilizando o acesso e a qualidade do tratamento e acompanhamento à execução das medidas terapêuticas em todas as fases do processo criminal.

3 | PRINCIPAIS CONQUISTAS REFORMISTAS DURANTE A EXPERIÊNCIA

Entende-se que o processo de atuação destas equipes foram subsidiadas no diálogo permanente com o Tribunal de Justiça do Piauí para realizar levantamento biopsicossocial dos pacientes submetidos à medida de segurança existentes no hospital penitenciário; Mapeamento da Rede de Serviços: saúde, assistência social e justiça; Visitas institucionais da EAP nos serviços de saúde, com a finalidade de firmar parcerias; qualificação de profissionais em parceria com a Coordenação de Saúde Mental junto aos profissionais que atuam da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS; reuniões técnica junto ao grupo condutor da PNAISP.

Contudo, para garantir que ações da EAP tivessem uma maior capilaridade no âmbito estadual, uma vez que os pacientes atendidos e avaliados eram procedentes da capital e do interior do Estado, foi necessário o envolvimento dos atores tais como: superintendência do sistema penitenciário; profissionais da Rede de Atenção Psicossocial; equipamentos do Sistema Único de Assistência Social como CRAS, CREAS; Defensoria Pública, Promotoria de Justiça, Previdência Social e Tribunal de Justiça.

Ao longo desses 02 anos, as EAP's conseguiram iniciar o processo de ruptura da antiga cultura de execução penal, promovendo o acesso dos portadores de sofrimento mental que praticaram ato infracional ao tratamento adequado na rede pública, em substituição ao velho modelo manicomial.

As constatações delineadas se tornaram possíveis em virtude da implantação das equipes multiprofissionais da EAP-PI, as quais levantaram o diagnóstico situacional de

todas as unidades prisionais do Estado. É patente o atingimento da finalidade para a qual a EAP fora constituída, tendo em vista a reinserção de inúmeros pacientes ao convívio social, familiar, residencial terapêutica ou sistema prisional, a depender da situação processual.

Assim, o trabalho de atuação dessas equipes promoveram desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, uma vez que, propõe-se desmontar aparatos administrativos construídos na lógica da segregação do paciente com a família e o território que estava inserido. Esta ação visa propiciar o respeito aos direitos desses pacientes e trazer outros atores tais como: profissionais, usuários e familiares e comunidade para atuarem no processo de escolha de medidas a serem adotadas no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, possibilitando o protagonismo do paciente (FERREIRA, 2003).

Amarante (1996) evoca que para efetivar a reforma psiquiátrica brasileira na prática não basta promover transformação no paradigma assistencial, mas é necessário atingir outras esferas desse processo, tais como: teórico-conceitual, sociocultural e jurídico-política.

De forma, sucinta as conquistas reformistas neste contexto reflete-se na extinção do Hospital Penitenciário Valter Alencar (HPVA), onde atualmente funciona a Unidade de Apoio Prisional (UAP) com suporte clínico para os detentos que necessitam de cuidados pós-operatórios; Retorno ao convívio familiar, tendo a equipe do CAPS como suporte psicossocial; Integração de políticas intersetoriais visando a garantia dos direitos humanos básicos.

Com dois anos de funcionamento, as EAP's vêm ganhando destaque nacional pelo trabalho executado conforme noticiários de alcance nacional e pelos órgãos regulamentadores como Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Justiça, configurando-se como um dispositivo que executa boas práticas em saúde mental.

4 | CONCLUSÃO

Acredita-se que as intervenções advindas da EAP contemplaram a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei como um ser humano, visando explorar o potencial latente no ente humano que é acometido por essa disfunção (transtorno), atendendo e entendendo-o como indivíduos biopsicossociais, contribuindo para a consolidação de uma política pública voltada para esta população.

Constatou-se que a atuação da EAP é imprescindível à garantia da dignidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. de C. (Org.). **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial 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. **Diário Oficial da União**, [da República Federativa do Brasil], 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/Anna%20Cec%C3%ADlia/Downloads/pf%20336%20-%202002%20-%20caps%20i%20ii%20iii%20adii%20iii.pdf>. Acesso em: 05/11/2017.

BRASIL. Lei 10.708, de 21 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial parapacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1, de 02 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2014. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em 14 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em: Acesso em 15 de nov.2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva dalei n.10.216/2001**. Brasília: Ministério Público Federal. 2011.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres/ Editora UnB; 2013.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14, n.1, p.297-305, 2009.

SANTOS, A. L. G. dos; FARIAS, F. R. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **RevLatinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol.17, n.3, p.515-527, 2014.

OFICINAS TERAPÊUTICAS INTERDISCIPLINARES EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA NECESSIDADE À APLICAÇÃO

Sara Silva de Brito

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia - Minas Gerais

Eliana Borges Silva Pereira

Universidade Federal de Uberlândia, Hospital de Clínicas de Uberlândia
Uberlândia - Minas Gerais

Júlia de Melo Silva

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia - Minas Gerais

Lorraine Suzan Soares Resende

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia
Uberlândia - Minas Gerais

Carolina Pio Gomes Faria

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia - Minas Gerais

Tamara de Cássia Neves Pereira Baracho

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia - Minas Gerais

Lucas Martins Oliveira

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina
Uberlândia - Minas Gerais

criticamente a importância e as dificuldades do projeto “Oficinas Terapêuticas Interdisciplinares”, desenvolvido em uma Unidade de Internação em Saúde Mental de um Hospital Universitário brasileiro por meio de uma Extensão Universitária que reuniu alunos de doze cursos de graduação em prol de atividades interdisciplinares com os pacientes em internação psiquiátrica durante o período de quinze meses. Métodos: O Projeto foi organizado em etapas de execução para reconhecimento e integração dos discentes ao serviço; organização e planejamento das oficinas para, em seguida, realizar atividades com temas de Artes, Música, Expressão Corporal, Letras, Recreação e Teatro junto aos pacientes em internação na Unidade. Resultados: a Unidade, que não dispunha de atividades organizadas periodicamente para suprir a necessidade de práticas terapêuticas, passou a contar com cronograma semanal fixo que intencionou consolidar a clínica ampliada e a atenção integral aos pacientes, realizando 123 oficinas ao longo de 15 meses. Discussão: O espaço ofertado pelas oficinas permite a manifestação de si através das produções pessoais e pode contribuir para transformação na vida do paciente, visto que possibilita a percepção como ser humano maior que seu adoecimento, bem como para além da manifestação de sintomas, podendo descobrir e redescobrir potencialidades. Considerações

RESUMO: Objetivo: Relatar e analisar

finalis: As oficinas são estratégias de cuidado integral e construção de um ambiente terapêutico saudável, essenciais na efetivação da atenção psicossocial nos espaços de internação hospitalar em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Terapia pela Arte; Práticas Interdisciplinares.

ABSTRACT: Objectives: to report and critically analyze the importance and the difficulties of the project “Oficinas Terapêuticas Interdisciplinares”, developed in a Mental Health Hospitalization Unit of a University Hospital through a University Extension that brings together students from twelve graduation courses to promote interdisciplinary activities with the inpatients of the Unit during a fifteen-month period. Methods: the Project was organized in stages of execution for recognition and integration of the students to the service; organization and planning of the workshops to then carry out Arts, Music, Body Expression, Letters, Recreation and Theater activities together with the patients in the Unit. Results: the Unit, which did not have periodically organized activities in group for therapeutic practices, started to have a fixed weekly schedule that intended to consolidate the expanded clinic and the integral care to the patients, performing 123 workshops over 15 months. Discussion: The space offered by the workshops allows the manifestation of self through personal productions and can contribute to the transformation in the patient’s life, since it allows the perception as a human being greater than his illness, as well as beyond the manifestation of symptoms, being able to discover and rediscover potentialities. Final Conclusions: The workshops are strategies of integral care and construction of a healthy therapeutic environment, essential in the accomplishment of the psychosocial attention in spaces of hospitalization in mental health.

KEYWORDS: Mental Health; Art Therapy; Interdisciplinary Placement.

1 | INTRODUÇÃO

Desde o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no final da década de 70, ações e intervenções vêm consolidando a produção de uma clínica ampliada em saúde mental, tendo como ênfase a desinstitucionalização e a consequente desconstrução de manicômios e paradigmas que o sustentam (SCHNEIDER, 2009). Por conseguinte, os serviços de atendimento em saúde mental vêm sendo reformulados para concretizar a reconstrução da assistência psiquiátrica, o que demanda uma rede de atenção em saúde mental preparada para oferecer cuidado integral aos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como promover a reabilitação psicossocial e a inclusão social, além de favorecer o exercício da cidadania e o fortalecimento do vínculo familiar (GUEDES et al, 2010), configurando-se como um modelo de cuidado psicossocial.

Para tanto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UA), Ambulatórios Multiprofissionais em Saúde Mental, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital-Dia e

serviços de atendimento a urgências e emergências (BRASIL, 2013).

Dentre esses aparatos, a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ressalta no seu artigo 4º que o tratamento em regime de internação deverá ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001).

Diante deste cenário, as oficinas terapêuticas compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Saúde Mental que busca sensibilizar e efetivar o cuidado integral proposto pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004). Além disso, reafirmam o modelo psicossocial em saúde mental ao tentar transformar a forma como a família, as equipes de saúde e a sociedade enxergam o sujeito com transtorno mental, colaborando com o processo de torná-los coparticipantes da reintegração social desse sujeito.

As oficinas terapêuticas, como instrumento de promoção da dignidade humana, reabilitação psicossocial e assistência integral, materializam preceitos da Reforma Psiquiátrica ao relançar o sujeito com transtornos mentais à posição de detentor de direitos e desejos, ativo diante da História e da Cultura. Nesse sentido, entende-se que as oficinas terapêuticas funcionam como espaços de produção e manejo de subjetividade, de reconstrução de vínculos entre os sujeitos em sofrimento mental e seus grupos sociais, bem como de realização do exercício da cidadania ao interagir e dialogar com outras pessoas fortalecendo aspectos do processo de reabilitação dos sujeitos (IBIAPINA, 2017).

As atividades de uma oficina terapêutica são propostas em prol da ressocialização e reintegração do paciente ao conectá-lo a uma rede comum de significados cotidianos compartilhados socialmente (GUERRA, 2000). Essa ferramenta se caracteriza por uma organização sistemática de atividades diversas que podem ter como objetivo o resgate da subjetividade do sujeito, a produção de conhecimento técnico, processo catártico como meio terapêutico, socialização, desmontagem do cotidiano hospitalar ao romper com rotinas institucionais, construção de canais de troca por meio de linguagens não verbais, estímulo à criatividade e intervenções culturais (DOMINGUES; PARAVIDINI, 2009).

Nas oficinas os sujeitos são convidados a refletir sobre temas pertinentes à vivência humana, construir relações sociais e expressar sua individualidade, por vezes ofuscada pelas normas da instituição ou pelo modelo biomédico de cuidado, que enxerga o sujeito nos limites de sua doença. Assim, é necessário promover ações de inserção do sujeito em atividades artísticas e artesanais, ou dar-lhe acesso aos meios de comunicação, focando no sujeito como indivíduo concreto e resgatando sua subjetividade para além de sua enfermidade.

Diante do exposto, o objetivo desse artigo é relatar a experiência dos autores na implementação e condução das oficinas terapêuticas interdisciplinares em uma

Unidade de Internação em Saúde Mental de um hospital universitário brasileiro e problematizar a necessidade e as dificuldades e implicações no contexto de internação hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

2 | MÉTODOS

Esse trabalho trata-se da análise crítica da implementação e condução do Projeto Oficinas Terapêuticas Interdisciplinares em uma Unidade de Internação em Saúde Mental de um hospital universitário brasileiro, no período de setembro de 2017 a novembro de 2018, enquanto projeto de Extensão Universitária de caráter interinstitucional.

Trinta discentes de 12 cursos de graduação distintos (Artes Visuais, Dança, Enfermagem, Fisioterapia, História, Medicina, Música, Letras, Pedagogia, Psicologia, Sociologia e Teatro) da Universidade Federal de Uberlândia foram selecionados para condução das oficinas. A seleção se deu por meio de processo seletivo à distância, de análise documental e carta de interesse.

O desenvolvimento do projeto dividiu-se em dois momentos, sendo o primeiro destinado ao reconhecimento e integração dos discentes ao serviço; organização e planejamento das oficinas, contemplando os interesses apreendidos durante os encontros; e confecção do cronograma de atividades. O segundo momento consistiu na realização das oficinas sob a supervisão da coordenadora responsável.

Os discentes selecionados se organizaram para que as ações fossem concebidas a partir das competências de cada um. Além disso, os mesmos foram desafiados a revisitar suas bases teóricas, práticas e ideológicas de forma a integrá-las ao projeto com a finalidade de se tornarem monitores das oficinas. Além disso, os discentes receberam capacitações teórico-práticas presenciais nas áreas de Saúde Mental e Oficinas Terapêuticas, à luz da política de saúde mental brasileira e aos preceitos básicos das oficinas enquanto atividade terapêutica.

Para a execução das oficinas junto aos pacientes foi construído um cronograma semanal fixo de rodízio entre as diferentes oficinas, cada qual com um eixo temático e teórico: Artes Visuais, Expressão Corporal, Letras, Música, Recreação e Teatro. A comunicação constante por meios de redes virtuais foi estabelecida para discutir o andamento do projeto, expor dificuldades e propor soluções, objetivando-se a construção conjunta e a liderança partilhada durante todo o processo de planejamento, execução e avaliação do projeto.

3 | RESULTADOS

O Projeto Oficinas Terapêuticas Interdisciplinares foi implementado na Unidade

de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia em setembro de 2017, perdurando até novembro de 2018.

A Unidade, que não dispunha de atividades organizadas periodicamente para suprir a necessidade de oficinas terapêuticas, passou a contar com cronograma semanal fixo que intencionou consolidar a clínica ampliada e a atenção integral aos pacientes. A rotina rígida do setor, característica de instituições totais e carregadas de aspectos despersonalizantes do sujeito, passou a ser mais flexível, pois os pacientes passaram a contar com a oportunidade de escolher participar ou não de determinada oficina, haja vista a ampla gama de atividades ofertadas pelo projeto.

Durante o período de 15 meses de projeto, foram realizadas 123 oficinas, com presença média de oito pacientes em cada oficina e tempo médio de duração de duas horas cada. Os seis eixos temáticos das oficinas (Artes Visuais, Expressão Corporal, Letras, Música, Recreação e Teatro) adotaram diversos recursos didáticos e materiais segundo o critério de adequação ao conteúdo a ser trabalhado na oficina. Além disso, através de uma campanha de arrecadação de livros e revistas, foi inaugurada uma biblioteca na Unidade de Internação promovendo o acesso irrestrito a recursos literários de diversos gêneros pelos pacientes internados.

Os familiares e amigos, que figuravam como acompanhantes dos pacientes, ao participar ou assistir às oficinas, por vezes, deleitavam-se com os momentos de lucidez, felicidade e animação de seus queridos, potencializados pelo resgate da individualidade do sujeito, pela possibilidade do lugar de fala ou mesmo pelo acesso a meios culturais e de entretenimento não vistos há tempos pelos pacientes. Os profissionais da Unidade, por outro lado, mostraram-se resistentes em participar das oficinas, preferindo dispor-se à margem das intervenções. Contudo, com o tempo, passaram a compreender melhor o objetivo das oficinas e, atualmente, mostram-se mais abertos a colaborar com as intervenções, por exemplo, ao facilitar o acesso dos pacientes às oficinas, avisando-os dos dias e horários em que ocorrerão.

No intuito de alcançar a comunidade, em especial a acadêmica, foi criada uma página em rede social para divulgação das ações do projeto e de informações sobre as pautas Saúde Mental e Arte. Ainda com o objetivo de alcançar a comunidade externa à Unidade, foram realizadas duas exposições de pinturas e desenhos da Oficina de Artes no Hospital de Clínicas de Uberlândia e no Centro de Convivência da Universidade Federal de Uberlândia, a fim atrair visibilidade para o trabalho desenvolvido e romper com o estigma de incapacidade e despersonalização atribuída às pessoas com transtornos mentais pela sociedade em geral.

4 | DISCUSSÃO

As oficinas terapêuticas podem contribuir para que o sujeito com transtorno mental seja percebido, compreendido e cuidado de modo íntegro e humanizado. Sobretudo,

as oficinas têm como potencial máximo exercer a humanização do cuidado psiquiátrico e respeito à convivência com a diferença (GUERRA, 2000), que são essenciais no estímulo à autonomia dos pacientes, capacitando-os a lidar com a realidade de seu contexto social e psíquico de forma ativa. Assim, ao proporcionar o exercício rotineiro da vontade e da autonomia, as oficinas contribuíram com o resgate da singularidade de cada um, na sua percepção pessoal, de seus familiares e da equipe de saúde da unidade.

O projeto transformou a relação entre saúde e doença ao focar no paciente como sujeito concreto e resgatar sua subjetividade para além dos valores de sua enfermidade. Assim, as oficinas se concretizaram como espaço de libertação, desconstrução da alienação da pessoa com transtornos mentais. Os discentesicineiros trabalharam de maneira a ressaltar a expressão da subjetividade e singularidade dos pacientes através de atividades artísticas, dando-lhes a oportunidade de simbolizar sua história de vida e compartilhá-la nos grupos das oficinas.

Além disso, a gestão interdisciplinar e multiprofissional das oficinas compôs a clínica ampliada voltada para a promoção da reconquista da cidadania através da aquisição de habilidades diversas e de produção de cultura. A composição das oficinas por integrantes de cursos distintos e com competências em comum possibilitou promover o crescimento acadêmico através de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional da equipe, os quais, somados à oportunidade de inserção na rede de saúde mental, ofereceram um ambiente de vasta aprendizagem aos integrantes e possibilidades aos pacientes atendidos.

Por regra, faz parte de um serviço antimanicomial o método de escuta sistemática e a garantia de valor à palavra da pessoa com transtornos mentais. As oficinas buscaram romper com o modelo biomédico focado apenas na doença, pautando-se na autonomia e na expressão da cidadania com a intenção de contemplar a integralidade do cuidado (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013). Para isso, foram criados cenários com um leque de possibilidades, os quais permitiram aos pacientes escolherem como se tornariam coautores do seu próprio cuidado. O estabelecimento de vínculos, a expressão de sentimentos e a construção de corresponsabilidade transformam as oficinas em locais de acolhimento e de enfrentamento coletivo de problemas com uma perspectiva de clínica ampliada (BRASIL, 2004). A terapêutica presente nas oficinas pode ser considerada a partir do momento em que permite um espaço de fala e expressão à pessoa em sofrimento psíquico, sendo imprescindível para que sua integralidade como sujeito seja assegurada (LAPPANN-BOTTI et al, 2004).

Não foi colocado como objetivo final a construção artística como estética, mas sim como catarse, não cabendo aos monitores a interferência no processo produtivo dos pacientes. A comunicação, expressão e relação do paciente com o mundo e com aqueles que o cercam foram, afinal, o objetivo das oficinas.

Entende-se que é essencial que as oficinas terapêuticas articulem com o espaço

social, direcionando suas atividades e vivências para fora da instituição, visto que são dispositivos que devem viabilizar a desinstitucionalização. Vale lembrar, que não se trata apenas de trazer o que está lá fora para dentro, mas também de sair da instituição para o espaço público (FARIAS et al, 2016). Tal pressuposto estimulou o grupo a criar canais de divulgação em redes sociais e exposições no intuito de trazer novos protagonistas para a pauta da saúde como instrumento de promoção da dignidade.

O espaço ofertado pelas oficinas para manifestação de si através das produções pessoais pode contribuir para transformação na vida do paciente, visto que quando possibilita se perceber como ser humano maior que seu adoecimento, bem como além da manifestação de sintomas, pode descobrir e redescobrir suas potencialidades (FARIAS et al, 2016). O ato criativo e a viabilização da criatividade são vistos como sinônimos de saúde, destacando-se a importância de construir a valorização dos aspectos saudáveis que envolvem o indivíduo, de modo a desviar o foco do transtorno mental, centralizando o olhar nas potencialidades do sujeito (FARIAS et al, 2016).

Contudo, alguns aspectos próprios do ambiente hospitalar são anti-terapêuticos quando se almeja a reintegração psicossocial do paciente. A clausura da internação, a medicalização excessiva e seus efeitos colaterais, que deixam o paciente indisposto ou excessivamente sonolento, além da dificuldade institucional que se impõe no escasso recurso financeiro e o pouco preparo técnico da equipe multiprofissional para a realização de atividades, como as oficinas terapêuticas, denota a necessidade de estabelecer formas estratégicas de financiar os serviços, com vistas a ações que visem sua expansão, consolidação e fortalecimento (BRASIL, 2004).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa análise de experiência, verificou-se que as oficinas terapêuticas possibilitam articular e consolidar a política da Reforma Psiquiátrica. As oficinas proporcionam construir canais de troca ao promover o uso de diversas linguagens (verbais, escritas, visuais, abstratas e subjetivas); criar espaços que concedam ao paciente seu direito de criar, interagir, opinar e se relacionar com autonomia; estimular a expressão do “eu”, projetando-se no passado, presente e futuro; estimular a discussão, com os pacientes, acerca da Reforma Psiquiátrica e da experiência da internação no setor; analisar o processo expressivo dos pacientes no decorrer da oficina para um fim material simbólico: a arte produzida durante a atividade.

Entende-se que para que a Lei 10.216/2001 se materialize é preciso considerar que as formas de opressão e de exclusão contra as quais se luta não podem ser abolidas com a mera concessão de direitos, mas exigem uma reconversão global dos processos de atendimento ao paciente (SANTOS; 2001). Por conseguinte, é preciso cumprir as políticas públicas através de sua implantação prática, com o devido cuidado em sistematizar um programa de atenção à saúde integral e efetivo. Portanto, não se trata de estabelecer um “ocupacionismo” que contribua para certo

nível de tranquilidade ao ambiente hospitalar, como as atividades terapêuticas são frequentemente concebidas.

Além disso, as oficinas adquirem caráter político ao fazer investimentos, relançar o sujeito à sua posição desejante e de direitos. Produzir o reconhecimento de si é mais importante do que produzir conhecimentos. Para tanto, é preciso construção conjunta de uma equipe multiprofissional que seja capaz de sobrepor o objetivo em comum de consolidação da Reforma Psiquiátrica às divergências academicistas. Deve-se construir redes à prova de curto-circuitos que sejam potentes na promoção da tão sonhada reabilitação psicossocial. A empatia, o vínculo, a transferência, a identificação ou qualquer relação de sociabilidade pretendida deve ser o objetivo para o trabalho em saúde mental.

É preciso ainda que esse postulado legal de promoção da reabilitação psicossocial seja tomado como limite mínimo a ser alcançado e não limite máximo como tem sido. Para tanto, é preciso propor constante reflexão dos aparatos jurídicos e das práticas dos serviços de saúde para que não se corra o risco de prender-se em uma nova institucionalização que, apesar de mais simpática do que o modelo manicomial asilar, pode criar novos entraves terapêuticos.

Espera-se que este relato possa contribuir para uma reflexão da equipe multidisciplinar quanto ao verdadeiro significado das oficinas terapêuticas e sua intervenção na subjetividade dos pacientes atendidos nos espaços de internação hospitalar, com o propósito de oferecer um cuidado integral em um ambiente terapêutico saudável. Assim, a implantação das oficinas nesses espaços favorecem a desconstrução o discurso de “incapacidade e despersonalização do louco” que sustenta sua alienação da vida em comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília, 2001.

DA CRUZ GUEDES, Ariane et al. **A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 3, p. 547-53, 2010.

DOMINGUES, Margarete Aparecida; PARAVIDINI, João Luiz. **A construção de ofícios terapêuticos em saúde mental.** Mental, v. 7, n. 13, p. x-x, 2009.

FARIAS, Izamir Duarte de et al. **Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas,** v. 12, n. 3, p. 147-153, 2016.

GUERRA, Andréa Máris Campos. **Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática.** Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania, p. 23-58, Contra Capa Livraria, Rio de Janeiro, 2004.

GUIMARÃES, Saionara; GUAZZELLI, Carolina Torres. **Oficinas terapêuticas: formas de cuidado em saúde mental na atenção básica.** Itajaí: Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, 2016.

IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa et al. **Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160375, 2017.

LAPPANN-BOTTI, Nadja Cristiane; LABATE, Renata Curi. **Oficinas em Saúde Mental: A Representação dos usuários dos serviços de Saúde Mental.** Revista Texto Contexto Enfermagem. Belo Horizonte, v13. n4. 519-526, outubro a dezembro, 2004.

RODRIGUES PIRES, Ronaldo; MORAIS XIMENES, Verônica; BARBOSA NEPOMUCENO, Bárbara. **Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania.** Avances en Psicología Latinoamericana, v. 31, n. 3, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice-o social e o político na pós-modernidade.** Leya, 2013.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. **A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

PLANTÃO PSICOLÓGICO: AÇÃO ARENDTIANA E PRÁTICA CLÍNICA

Rafaela dos Santos Silva Souza

Universidade Católica de Pernambuco, Recife-PE

Simone Dalla Barba Walckoff

Universidade Católica de Pernambuco, Recife-PE

RESUMO: O presente trabalho é fruto de uma pesquisa de iniciação científica desenvolvida na Universidade Católica de Pernambuco entre os anos de 2015-2016, tendo como objetivo compreender o aparecimento da ação arendtiana no plantão psicológico. O percurso da pesquisa apontou para as questões da relevância da atuação profissional no plantão psicológico e da importância da narrativa como instrumento capaz de desgelar compreensões e convocar para a ação. Foi realizada uma pesquisa participante do tipo interventivo, por meio de encontros em grupo, em um total de 3 (três) encontros. Participaram da pesquisa 5 pessoas que foram atendidas na Clínica Escola Manoel de Freitas Limeira- UNICAP, no primeiro semestre do ano de 2016, destas 4 eram mulheres e 1 homem. O relato dos participantes e sua experiência com o serviço do Plantão Psicológico, foram documentados em diários de bordo escritos pela pesquisadora e uma pesquisadora que fazia observação participante. Os diários de bordo assim como a atividade de colagem, desenvolvida durante os encontros, serviram como base para análise e discussão

presente neste trabalho. Compreendeu-se que para além do que foi descoberto, a pesquisa contribui para um repensar sobre a prática psicológica.

PALAVRAS-CHAVE: clínica; atenção psicológica; ação arendtiana; plantão psicológico

ABSTRACT: The present work is the result of a research of scientific initiation developed at the Catholic University of Pernambuco between the years 2015-2016, which aimed at understanding the appearance of action according to Hannah Arendt in a psychological stand by service. The research plan pointed at questions about the relevance of professional acting in a psychological stand by service and the importance of narrative as an instrument capable of unfreezing understanding and calling to action. Through group meetings, a participating research of the intervening kind was put into action, in a total of 3 (three) meetings. Five people who were attended at the Clinic Manoel Freitas Liemeira School-UNICAP participated in the research in the first semester of the year 2016. Four of these were women and one a man. The participants' reports of their experience with the service of the Psychological Emergency were registered in logbooks written by the researcher and another researcher who was doing participant observation. The logbooks

as well as the activity of collage developed during the meetings served as basis for the analysis and discussion present in this work. It was understood that, apart from what was discovered, the research contributed to a rethinking of psychological praxis.

KEYWORDS: clinic; psychological attention; action according to Hannah Arendt; psychological stand by service.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de uma pesquisa de iniciação científica desenvolvida na Universidade Católica de Pernambuco nos anos de 2015- 2016, tendo por objetivo compreender o aparecimento da ação arendtiana no plantão psicológico. A condução dos trabalhos e o desenvolvimento de todas as suas etapas encontram-se embasados no projeto de pesquisa e extensão universitária intitulado “A atenção psicológica à ação arendtiana no plantão psicológico”, coordenado pela Professora Doutora Simone Dalla Barba Walckoff.

Durante os anos de 2015 e 2016, o Plantão Psicológico da Clínica Escola Manoel Freitas de Lima da UNICAP atendeu 236 e 328 pessoas, respectivamente; totalizaram-se 897 atendimentos distribuídos por 495 e 402 nos dois anos mencionados (Walckoff, 2016, p. 71). Para que se compreenda um pouco mais sobre o que é e como se configurava o plantão psicológico na clínica escola Manoel de Freitas Limeira- UNICAP, abriremos a sessão seguinte com um pequeno histórico sobre o plantão psicológico, seguido da compreensão teórica que norteou toda a atuação clínica e a pesquisa desenvolvida e o presente trabalho.

1.1 O plantão psicológico

O plantão psicológico surge no Brasil no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), tendo início na modalidade de serviço de aconselhamento psicológico. Em 1968 o SAP- serviço de aconselhamento psicológico da USP cresceu e de pronto tornou evidente sua relevância social (ALMEIDA, 2015). A existência do serviço mostrou que “a prática psicológica podia ser oferecida em outros espaços, não somente no consultório. Além disso, passou-se a questionar o suposto saber do psicólogo e as regras de atendimento, até aquele momento, incontestáveis...” (ALMEIDA, 2015, p. 12).

Segundo Morato (1999) o SAP surgiu da necessidade de atender a uma demanda social e ao mesmo tempo de proporcionar aos estudantes de psicologia um local de estágio profissional. Assim podemos dizer que a criação do Plantão Psicológico favoreceu uma “[...] prática estruturadora de um projeto clínico-pedagógico que integra atendimento à comunidade e formação de psicólogos [...]” (SCHMIDT, 1999, p. 100).

Aun e Morato (2012), colocam que o sentido da palavra ‘atenção’ utilizada para designar a prática psicológica é análoga a ‘clínica’. É o fazer clínico que se configura como atenção. Neste ínterim o plantão psicológico se configura como uma prática

clínica e forma de atenção psicológica.

Mas, e nós, o que compreendemos por Plantão? Esse termo, por exemplo, é bastante conhecido nos ambientes médicos hospitalares, assim como o termo “fazer plantão”, que se refere aos regimes de divisão de horas e escalas de trabalho entre os “plantonistas”, mas não é sobre esse plantão que aqui nos referimos. Fazer plantão, aqui, é estar em disponibilidade, é estar atento e em prontidão, isso também é ser plantonista.

Segundo Morato:

(...) o fazer do plantonista passou a residir no encontro que se estabelecia entre ele e aqueles que o procuravam. O Plantão passou a habitar a temporalidade [...] por esses motivos, tornou-se situacional: configura-se como um modo clínico de estar junto ao sofrimento (2006, p.6).

O plantão assim é demarcado pela figura do plantonista que passa a ser o lugar do atendimento. Esclarecendo, o plantão ocorre no encontro em situações de emergência. O mesmo não possui uma normatização de execução, ou modelo acabado, dá-se na forma da demanda, sendo ele mesmo constituído por esta, assim em lugares diversos, o plantão pode assumir composições diferentes.

De forma geral, e independente da configuração que assuma, como diz Morato (2011, p.12) o Plantão pode ser descrito “por uma alegoria: ‘planta grande que oferece sombra a quem necessita de pausa em seu trânsito pela vida’” ou ainda que o plantão psicológico é para aquele que o procura: “Um local onde existe uma sombra para o caminhante do ‘deserto da vida’, para que ele possa se recuperar, encontrar abrigo e continuar sua viagem” (MORATO, 1999, p. 13).

Na clínica escola da UNICAP, o plantão era sempre realizado por duplas, de forma gratuita e por ordem de chegada. O atendimento não possuía tempo determinado para encerramento sendo este delimitado pela demanda do atendimento. Compreendendo que plantão é um atendimento emergencial, e que é impossível ditar o tempo de uma crise ou de um sofrimento e sem a garantia de retorno do paciente as supervisões eram realizadas durante o próprio atendimento. Em dado momento do atendimento era realizada uma parada onde os plantonistas se dirigiam à sala de supervisão e depois de discutir o atendimento com a supervisora e os demais plantonistas que estavam na sala, retornavam ao atendimento.

Neste momento de intervalo a narrativa que a dupla de plantonistas constituiu com o paciente é ampliada pelas demais narrativas realizadas no momento da supervisão. Fazendo com que a dupla retornasse ao atendimento com o olhar mais ampliado a respeito da demanda, ao mesmo tempo, percebemos que também o paciente, nesse momento de pausa e espera, reflete sobre o que disse e ouviu ao longo do atendimento. Enfim, esse segundo momento do atendimento na maioria das vezes, fazia com que tanto os plantonistas quanto os pacientes estivessem em um outro lugar.

O apreço pela narrativa nesse contexto se deve pelo viés arendtiano que ilumina a equipe que realiza esse plantão. A questão da narrativa será discutida posteriormente.

1.2 A ação arendtiana

Assim como plantão, a palavra “ação” parece bastante comum, podendo ser empregada em diversos contextos. Corriqueiramente podemos utilizamos ação, para designar um ato. No dicionário online Priberan ação é descrita, dentre outras coisas, como termo proveniente do latim *actio, -onis* que representa: 1- Ato ou efeito de agir. 2- Tudo o que se faz. = ato, feito, obra. 3- Manifestação de uma força. 4- Operação de um agente. 5- Maneira de atuar= atuação, comportamento, desempenho, procedimento.

Para Hannah Arendt, ação possui um outro lugar, não se resume a um ato, não é apenas fazer algo, como mover uma prateleira de lugar. A autora nos diz sobre a ação que *“seu impulso surge do começo que veio ao mundo quando nascemos e ao qual respondemos quando começamos algo novo por nossa própria iniciativa”* (ARENDR, 2015, p. 219).

Arendt, vincula a ação à condição humana da natalidade, nos diz ela: *“É com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano, e essa inserção é como um segundo nascimento, no qual confirmamos e assumimos o fato simples do nosso aparecimento físico original.”* (ARENDR, 2015, p. 219).

Assim para autora, a ação é a possibilidade de começo de algo novo, desta forma ela coloca:

O novo sempre acontece em oposição à esmagadora possibilidade das leis estatísticas e à sua probabilidade que, para todos os fins práticos e cotidianos, equivale à certeza; assim, o novo sempre aparece na forma de um milagre. O fato de o homem ser capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável. E isso, mais uma vez, só é possível porque cada homem é único, de sorte que, a cada nascimento, vem ao mundo algo singularmente novo. (ARENDR, 2015, p. 220).

A ação, diz a autora, diferentemente dos outros aspectos da vida ativa, trabalho e obra, que podem se dar no domínio do privado, é por excelência política, dá-se no campo da pluralidade/singularidade. Por pluralidade compreende-se a participação do homem no mundo que é comum e construído por este, o mundo humano. A pluralidade diz do homem enquanto espécie grupo humano. A singularidade, nos fala de como cada homem de forma particular habita o planeta. É esse modo peculiar de experimentar o mundo compartilhado que permite a possibilidade de abertura de novas perspectivas, o início de algo novo.

Mas se a ação por um lado, depende da singularidade para existir, essa novidade só se apresenta, quando é testemunhada e acolhida por outros. Assim, a ação, o início de algo novo, que significa o rompimento de uma história pessoal ou coletiva só acontece em coautoria. Isso significa que esse rompimento é sempre político e não dada no isolamento e na esfera intrapsíquica/ individual.

2 | METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa participante do tipo interventivo. Segundo Szymanski (2004) esse tipo de pesquisa parte de alguns critérios, ela: não se pretende “Verdade”, estando a compreensão voltada para aquilo que aparece, da forma como o fenômeno se apresenta, desta maneira compreende-se que o pesquisador está em uma busca por ‘querer saber’, designado pela autora como um estado de abertura para a compreensão do fenômeno estudado.

Ainda segundo Szymanski (2004) em uma pesquisa interventiva não há o pressuposto de neutralidade entre pesquisador e participante da pesquisa, o que ocorre é a troca intersubjetiva entre estes. Nesta forma de fazer pesquisa o participante tem papel ativo, pois, esta se dá em um processo contínuo de co-construção de significados, sendo fundamental a compreensão da perspectiva do outro na situação de escuta.

2.1 Participantes

Participaram da pesquisa cinco pacientes da clínica de psicologia Manoel de Freitas Limeira- UNICAP que haviam sido atendidos no início do ano de 2016 no plantão psicológico, o convite foi feito de forma ampla através de ligação telefônica, dez ex-pacientes confirmaram o interesse na participação da pesquisa, porém destes cinco foram os que compareceram aos encontros, sendo confirmado o aceite mediante assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido TCLE. Dos participantes 4 eram mulheres e um homem.

2.2 Instrumentos

Foi utilizado como instrumento para esta pesquisa uma atividade de colagem baseada na técnica denominada SoulCollage criada por Senna Frost, mestra em Psicologia, no final dos anos 80 o nome significa “Colagem da alma” FROST (2001). Originalmente a técnica pretende favorecer a exposição de conteúdos interiores mediante a produção de imagens criativas. Baseado nessa técnica foi desenvolvida uma atividade de colagem, com o intuito de favorecer e facilitar a abordagem dos assuntos investigados na pesquisa.

Foram utilizados cartões e imagens representando diversas situações do dia a dia e emoções distintas, como raiva, alegria, surpresa, medo, desânimo... Os participantes foram convidados a escolher as imagens que mais representasse, primeiro, o momento ou situação que os fizeram procurar o atendimento, após a elaboração do cartão foi aberto o diálogo acerca daquele momento específico. No segundo momento a representação do que representou o atendimento e o momento posterior a este, abrindo-se mais uma vez o momento de diálogo.

Consta frisar que, a técnica do SoulCollage não foi utilizada nessa pesquisa,

mas serviu de inspiração para o trabalho desenvolvido. Outro instrumento utilizado foram os diários de bordo produzidos a partir dos momentos de encontro com o grupo. Nas palavras de Aun (2005, p. 19):

Diários de bordo não são apenas possibilidade de restituição da historicidade de uma pesquisa; são, também, o narrar a biografia da experiência de um profissional, na perspectiva de quem comunica como ocorreu o revelar-se do outro a esse profissional/pesquisador.

2.3 Coleta de dados

Os dados da pesquisa foram retirados dos diários de bordo da pesquisadora que organizou o grupo e da observadora/participante. Foram considerados para a pesquisa o material produzido durante a atividade de colagem. Em um segundo momento foram apresentados aos participantes o relato dos diários de bordo a fim de garantir a fidedignidade dos relatos contidos nos diários.

2.4 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizado o modelo de constelações de significado como descritas por Szymanski (2004). Esse procedimento recebe este nome por basear-se na concepção de visão de constelações, pois, segundo a autora, quando olhamos para o céu estrelado, o que vemos é pura ilusão, o que percebemos das estrelas falam do lugar em que nós estamos no universo, então ao olharmos as estrelas também nos implicamos nesse processo.

Assim, as constelações de significados variam de analista para analista, podendo uma mesma história possuir várias compreensões dependendo de quem as analisa. Esse método de análise é essencialmente fenomenológico em sua proposta e os resultados obtidos refletem aquilo que aparece para o pesquisador ao realizar a pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos por meio dos diários de bordo foram separados mediante as constelações de significado. Cada constelação por sua vez representou um momento distinto na caminhada de cada um dos cinco participantes. Estes, aqui, serão apresentados por meio de nomes fictícios, escolhidos de maneira aleatória, visando resguardar o sigilo de cada história trazida.

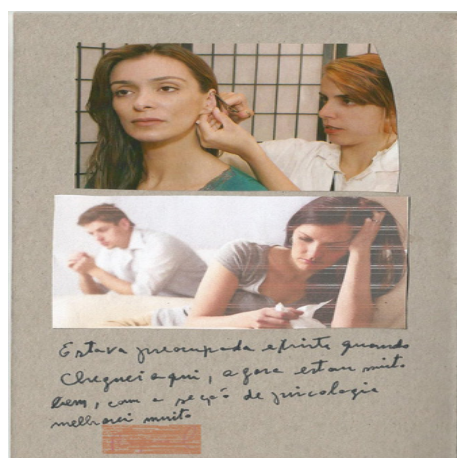
A primeira constelação diz respeito à forma como cada um dos pacientes chegou ao atendimento, os motivos para a procura do serviço do plantão psicológico. Neste ínterim cada um trazia uma questão distinta e próximas ao mesmo tempo. E embora as histórias não fossem as mesmas, parecia haver um fio que as aproximava, a este fio chamamos: Solidão e Sofrimento. A segunda constelação fala da percepção dos pacientes sobre o Plantão Psicológico, e como este apareceu para cada um. Na

terceira constelação intitulada o aparecimento da ação arendtiana, nos deparamos com as mudanças, e o desenrolar da vida de cada participante após os atendimentos.

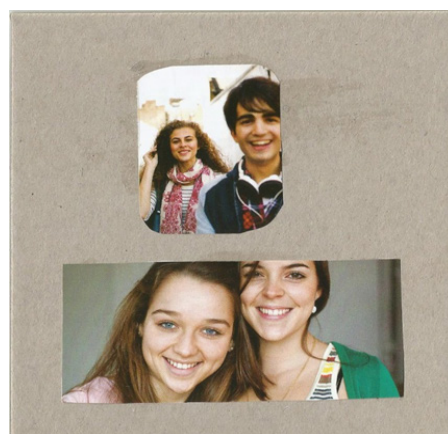
A fim de favorecer uma melhor compreensão do cenário trazido pelos participantes da pesquisa, não separaremos as percepções em constelações de significado neste primeiro momento, mas por etapa vivencial de cada integrante da pesquisa.

Lia, uma das participantes, iniciou seu relato falando da dor de está sozinha, por não ter constituído uma família, vivia com as duas irmãs, que embora fossem mais novas que ela, possuíam problemas de saúde, uma com câncer de mama e outra com alzheimer. Lia veio ao plantão psicológico porque se sentia solitária e o sofrimento que carregava por preocupação com o quadro de saúde das irmãs, unia-se ao medo de uma solidão ainda maior. Dizia ao se referir às irmãs: *“um dia desses faziam tudo, varriam casa, cuidavam da comida...”*

Na figura abaixo, escolhida por ela, ela apresenta a dor, na cena em que uma mulher fura a orelha da outra, situando uma dor concreta, quase palpável trazida pelos quadros de adoecimento. A outra figura que ela apresenta no primeiro quadro, fora escolhida porque, segundo ela, retrata uma cena onde ela percebia solidão, tristeza. A sua fala dizia de uma solidão diária, a falta de tempo para si mesma, uma rotina de cuidados intensos



Antes de procurar atendimento



Pós atendimento

Para Lia, o plantão psicológico, foi lugar de cuidado e desabafo, foi onde pode compartilhar um pouco de sua dor e refletir sobre adoecimento, velhice e morte. Retrata no segundo cartão, duas imagens: primeiro uma mulher com um rapaz em primeiro plano e a segunda de duas mulheres. Em ambas imagens as figuras femininas sorriem, e isso é o que se destaca no relato dela. Lia destacava que antes não conseguia sorrir e que agora sorria. O sorriso é a marca de seu relato, falava disso desde o primeiro momento quando ela ainda elaborava o primeiro cartão, escreveu neste uma frase: *“estava preocupada e triste quando cheguei aqui agora estou muito bem como a sessão de Psicologia melhorei muito”*. O atendimento havia favorecido uma nova forma de Lia perceber a realidade a qual estava inserida. Embora os problemas permanecessem

no mesmo lugar, ela se via, naquele momento, capaz de sorrir.

Dizia ela que, na segunda colagem, a primeira imagem era ela e o sobrinho, depois ela e a filha e aponta desta forma para ampliação de um olhar, que começava a perceber que haviam pessoas ao seu lado. Lia pode perceber que tomava para si toda a responsabilidade do cuidado, e ao narrar sua história foi percebendo que a solidão foi se modificando. Ao questionar a sensação desse momento de sua vida, respondeu: tranquilidade! Em dado momento do encontro olhou para nós e disse: *“vejam cortei meu cabelo! Minhas unhas estão feitas!”*, como quem diz: Veem, eu já consigo me cuidar também.

O relato de Benedita também nos apresenta algo semelhante, onde no momento mais difícil que vivenciou, em que percebeu que mais precisava de alguém, descobriu que não tinha com quem contar, nem mesmo com sua família. Percebeu-se só como nunca antes, embora toda a sua história sempre houvesse sido marcada por abandonos familiares, parece apenas ter percebido isso naquele momento, durante o encontro.

O processo de compreensão de sua história parece ter começado a ser tecido no plantão psicológico e a medida em que contava a “confusão” da sua história. Benedita pode perceber que a solidão que nos apresentava naquele momento era a ponta de uma história intensamente marcada por abandonos. Escreveu no cartão: dor, perda, humilhação.

Quando procurou o atendimento sua vida estava conturbada, sem emprego, tendo acabado um relacionamento e ainda tinha a família... Ela não conseguia enumerar qual era o problema de fato, ela não tinha uma queixa, eram um monte de histórias cruzadas.

O atendimento, segundo ela foi pesado, duro, *“aquele atendimento foi revelador, fiquei pensando uns 3 dias meio atordoada sem saber o que fazer”*, durante o atendimento, Benedita chorou tanto que as plantonistas que a atenderam relataram um medo real de que ela se desorganizasse, no diário de bordo de uma plantonista que a atendeu encontramos o seguinte relato:

[...] ela começou a chorar, mas não foi qualquer choro. Ainda posso escutar seus gritos desesperados, a dificuldade para respirar. Me pareceu que ela iria surtar. Me perdi. Não sabia, a partir dali o que fazer. Quis abraçá-la e dizer que aquela dor, naquele momento, nos pertencia. Mas não consegui. Apenas disse: estamos aqui, você não está sozinha.

Não por menos, a sensação de Benedita sobre aquele atendimento era de que havia chegado por um fio, retratado na figura a seguir com a imagem de uma corda se partindo:



Benedita trazia durante o encontro do grupo, que sua percepção de si havia mudado, que deixou se ser a “*menina frágil e inocente*” e que agora era uma mulher, ainda aprendendo a ser dona de sua vida. Segundo ela, esse fato se deu a partir do espanto e da contradição percebida pelas plantonistas na narrativa de sua história. Esse fato fez com que ruísse a imagem que tinha construído sobre si. A partir desse momento, contou para o grupo que havia conseguido pela primeira vez dizer “*não*” ao ex- namorado, mediante uma solicitação de encontro.

Melissa, ao nos falar sobre sua história nos contava de um sofrimento o qual ninguém compreendia/percebia, sua dor era vivenciada no isolamento, dizia guardar em si um peso gigante. Melissa dizia haver sido diagnosticada aos 15 anos com bipolaridade e sofrer de delírios, por vezes perdia a noção da realidade, sobre esse diagnóstico sempre nos questionávamos se na verdade não se tratava de um quadro de esquizofrenia, inclusive pela medicação que tomava, ao qual ela tinha medo de se aproximar. Apesar dessa suspeita por parte da equipe de plantonistas, o diagnóstico em si não era uma questão fundamental, mas como ela experienciava e lidava com os delírios.

Em seu lar a compreensão de que seu adoecimento era falta de fé e de Deus a fazia silenciar e não compartilhar com ninguém suas dúvidas e problemas. No primeiro quadro apresentado por Melissa ela se apresenta como sendo o emoji triste, diferente, ao mesmo tempo em que as figuras femininas aparecem com expressões diferentes da tristeza, ao que dizia se tratar da percepção dos outros sobre ela. Os outros a achavam retraída, pensativa, e nunca que existia uma pessoa em real sofrimento, escondida por trás de um rosto aparentemente sereno.

Para Melissa, o Plantão Psicológico foi um espaço de compartilhamento de sua vida e, por vezes, de sua rotina diária. Ao compartilhar sua história passava a tecer uma nova compreensão sobre o que era real.

A realidade parece que ia se constituindo em meio às trocas com os plantonistas, principalmente em situações controversas e quando a narrativa trazida parecia não fazer sentido para estes. Melissa, retornou mais de uma vez ao serviço, e desenvolveu uma

forma de compreender e lidar com seus delírios. Quando as histórias apresentavam grandes lacunas, ela perguntava a alguém, às vezes mais de uma pessoa, sobre o fato, questionando suas próprias certezas.

Sua imagem da gaiola aberta, representa os atendimentos, onde as grades se abriam. Em suas palavras: *“Eu aprendi a conviver com minha doença e ela não me impede de fazer as coisas, estou estudando, me preparando pra fazer concurso, então não estou parada”*.



Jerusa, chegou ao atendimento sentindo-se como na imagem que escolheu, retratada a seguir. Sofria, não se sentia amada, querida, aceita. Acreditava que precisava sempre ser “perfeita” como se tal ideal existisse. Já havia se submetido a um implante mamário de silicone, perdia horas cuidando da aparência para poder sair de casa, sempre maquiada, cabelo e unhas feitas. Acabou por desenvolver um transtorno alimentar que a levou a perder muito peso, em decorrência do estado de saúde, perdeu o emprego. Fez psicoterapia durante um ano, iniciada devido ao transtorno alimentar, mas sem condições de pagar, por haver perdido o emprego, os atendimentos foram encerrados e sua terapeuta a encaminhou para a clínica escola.

Podemos perceber que as relações de Jerusa eram sempre mediadas pela troca, sempre havia algo de si que necessitava ser oferecido/dado, ora sua aparência, ora seu dinheiro. Assim, o atendimento parece haver inaugurado algo de novo em sua história, pois, naquele momento, ela nada tinha para ofertar. Jerusa trouxe consigo apenas a dor, a tristeza... Não havia nada que pudesse barganhar, sua aparência impecável estava comprometida, estava sem dinheiro, nesse cenário parece ter restado apenas ela, ela inteira. Assim, foi se configurando o espaço de acolhimento de Jerusa.

O lugar da perfeição, o fato de não haver nada para oferecer, a própria constituição de sua vida e trajetória, foram se constituindo como as temáticas desse atendimento.



O segundo cartão de Jerusa, retrata o atendimento na figura dos plantonistas, dizia que *“o atendimento foi um abraço”*, foi acolhimento. Segundo ela no pior momento em que esteve, quando não tinha sequer dinheiro para pagar uma sessão, ter sido acolhida foi um grande marco. Assim como o abraço que recebeu no final do atendimento, aquele abraço marcou o sentido do atendimento para ela, parece haver marcado esse pedaço de sua história.

Falou sobre a insônia que possuía e sobre estar conseguindo dormir, por isso representou uma mulher deitada em um travesseiro. Na última imagem, diz ter escolhido a figura por seu cabelo ao vento, disse: *“Hoje se der tempo e eu puder fazer as unhas eu faço se não, tudo bem”*. E mostrou-nos as unhas que estava por fazer e ainda completou: *“hoje não brigo mais com o espelho”, “hoje mesmo passando por situações difíceis não tenho vontade de morrer”*.

Uma das plantonistas registrou sobre Jerusa em seu diário:

Jerusa chegou ao encontro com meia hora de atraso, eu a recepcionei. Parecia que o ar lhe faltava e que havia corrido muito para chegar ali. Passado algum tempo, pude perceber que sua respiração ofegante tinha a ver com uma pressa de viver. De aproveitar ao máximo a vida, com toda sua beleza e aspereza.

Podemos pensar, que essa *“pressa de viver”* expressa no diário de bordo de uma das plantonistas, pode estar relacionada a uma certa tentativa de controle sobre essa vida, novamente via perfeição física.

Francisco, quinto participante do grupo, dizia que chegou ao atendimento meio perdido, sem saber nem ao certo o que faria ali, fato expresso na primeira imagem escolhida por ele. Disse no grupo que foi ao plantão porque era muito tímido e isso estava prejudicando seu andamento acadêmico, pois não conseguia apresentar seminários e tampouco fazer trabalhos em grupo, desta maneira, não tinha nenhum amigo na sala. Assim como Jerusa, Francisco relatou que para ele também foi significada a forma da acolhida no atendimento. Ele procurou a sessão em busca de respostas, mas o que ele mais teve que fazer foi falar. Ele disse que havia conseguido falar e que até mesmo se surpreendeu por ter conseguido falar tanto durante a sessão, isso fez com que percebesse que poderia falar. Segundo ele, tal fato foi possibilitado porque durante o

atendimento ele foi se sentindo confortável e em momento algum se sentiu intimidado, relatando que os próprios plantonistas foram possibilitando tal feito. .



No segundo quadro feito por Francisco ele apresenta a realização de ter conseguido apresentar seu primeiro seminário, e “o olhar decidido de quem sabe o que quer”, segundo ele, representado no olhar do rapaz.

Como dito anteriormente, cada história era distinta, cada plantão foi uma experiência singular. O plantão foi espaço de fala, de escuta, de cuidado, de compreensão da vida, lugar de ouvir outras percepções...

Em um atendimento, uma plantonista sentiu vontade de abraçar a paciente, mas percebeu que não era o momento e não o fez, porque “o choro era preciso”. Em outro abraço foi dado, porque muitas lágrimas já haviam sido choradas. O plantão assim, se apresentou de duas maneiras, na compreensão desta pesquisa, como sendo um serviço que tem na figura do plantonista o seu lugar, mas também que vai além da figura do plantonista, pois os atendimentos não são realizados pelas mesmas duplas.

Sem o retorno do plantonista ou essa garantia, o vínculo de cuidado foi se estabelecendo não com a pessoa do plantonista, mas com o serviço do plantão psicológico. Foi percebido também, que em momento algum o fato do atendimento ser realizado por duplas chegou sequer a ser uma questão para os pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plantão psicológico, como mencionado anteriormente, foi assumindo a forma de cada atendimento. Como uma “planta grande”, um lugar de parada no trânsito da vida, um espaço de reflexão e compreensão.

Compreensão aqui, entendida a partir da noção trazida por Hannah Arendt. A autora, distingue as formas existentes de pensamento, citando a cognição, o pensamento filosófico e a compreensão. “[...] a cognição se utiliza da atividade do pensar para produzir conhecimento acerca das coisas do mundo, porém ele não é o

pensamento” (WALCKOFF, 2016, p. 24). A cognição diz respeito ao conhecimento. Não nos questionamos sobre a fórmula da água, ao bebê-la por exemplo, mas podemos saber que a água é composta por duas moléculas de hidrogênio e uma de oxigênio, Lavoisier no entanto, utilizou-se da capacidade do pensamento para chegar a essa descoberta.

O pensamento propriamente dito, chamado por Arendt de pensamento filosófico, não possui uma finalidade em si mesmo, a não ser a de voltar para si.

[...] o pensamento não se reduz à atividade que busca produzir conhecimento, embora possa fazer parte dela. Para Arendt ele é o “ato de descongelar” compreensões acerca do mundo. [...] o degelamento pode abrir novas perspectivas de olhar o fenômeno eternamente. A Exigência da interrupção o pensamento para as resoluções de urgência da vida cotidiana é feita, digamos, a contragosto do pensamento.” (WALCKOFF, 2016, p. 25).

A compreensão, em contrapartida, tem certa pressa em retornar à vida. “[...] o convite à compreensão ocorre sempre quando o mundo, antes familiar, apresenta algo novo que rompe com a ordem anterior. A preocupação do pensamento tem aqui o sentido de reconciliação com o mundo” (WALCKOFF, 2016, p. 25).

Nesse processo de reconciliação com o mundo ou de volta para ele a reflexão exerce o papel de favorecer a abertura de possibilidades. (WALCKOFF, 2016).

O isolamento e a solidão que faziam parte do cenário de vida de cada participante da pesquisa, aparecem como um fator limitante ao degelamento de compreensões, dados a presença de uma única perspectiva sobre suas histórias. Então, durante o atendimento o plantonista passa a ocupar o lugar daquele que testemunha. Segundo Arendt

Aquilo que o contador de estória narra deve necessariamente estar oculto para o próprio ator, pelo menos enquanto este último estiver empenhado no ato ou enredado em suas consequências, pois, para o ator, a significação do ato não está na estória que dele decorre. Muito embora as estórias sejam o resultado inevitável da ação, não é o ator, e sim o contador da estória que percebe e faz a estória. (ARENDR, 2015, p. 238)

Narrar uma história é abrir a possibilidade de habitá-la. Muitos, por exemplo, que procuram por vezes um atendimento psicológico vem comunicando a situação de que nunca contaram aquela determinada história até aquele momento, nunca puderam dizer determinada coisa, ou que não tinham com quem estabelecer esse diálogo, como foi o caso dos participantes desta pesquisa.

Narrar, segundo Benjamin não é o mesmo que informar, porque a narrativa

[...] não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim, imprime-se na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIN, 2012, p. 221)

Desta maneira, ao narrarem suas histórias, uma outra narrativa passava a ser constituída, narrativa essa tecida na troca de experiências entre plantonistas e paciente. Os espantos presentes tanto na fala dos pacientes, quando no relato de

alguns plantonistas revelavam uma outra percepção que parecia apontar sobre a realidade contada.

Benedita, que nem ao certo conseguia definir o porquê de ter procurado o atendimento, que trazia tantas histórias, que segundo ela, eram uma confusão e de fato eram, começa a compreender seu comportamento, atitude, postura e sua trajetória de vida à medida que vai narrando todos os fatos que até aquele momento apareciam separadamente, estes vão assumindo um lugar de história. Segundo Critelli (2012, p. 33): *“As histórias arrumam os fatos e os transformam em coisas compreensíveis, em acontecimentos.”*

Desta maneira, não apenas durante o atendimento psicológico, mas também no decorrer desta pesquisa, ao narrarem mais uma vez suas histórias, agora ao grupo, outras perspectivas foram se abrindo, a partir da troca entre as experiências e percepções de cada um.

Benedita por exemplo, durante o momento de partilha em grupo conseguiu compreender, que não um momento de sua vida fora marcado pelo desamparo, mas que esse foi sendo constituído ao longo de toda a sua história. E embora citemos Benedita, não foi apenas com ela que esse fato ocorreu, mais isso se deu com todos de diversas formas a medida que, partilhavam e narravam mais uma vez suas histórias.

Segundo Benjamin (2012, p. 216) a narrativa

[...] traz sempre consigo, de forma aberta ou latente, uma utilidade. Essa utilidade pode consistir por vezes num ensinamento moral, ou numa sugestão prática, ou também num provérbio ou norma de vida - de qualquer maneira, o narrador é um homem que sabe dar conselhos ao ouvinte.

E para o autor, *“Aconselhar é menos responder a uma pergunta do que fazer uma sugestão sobre a continuação de uma história que está se desenrolando.”* (BENJAMIN, 2012, p. 216). A narrativa nesse íterim, aproxima-se da compreensão, tendo as duas uma perspectiva de retorno à vida, de continuidade de uma história. Narrar não é apenas falar é a *“faculdade de intercambiar experiências”* (BENJAMIN, 2012, p. 213).

No grupo, durante a pesquisa, podemos dizer que as trocas estabelecidas por meio das narrativas de cada um dos participantes, foram constituindo não apenas uma outra narrativa, mas, o fechamento de um ciclo, e ao mesmo tempo a continuidade de uma história.

CONCLUSÃO

Concluimos, após findada a discussão, que a pesquisa foi capaz de nos apresentar descobertas que sequer eram pretendidas, pois, como finalidade a pesquisa buscava compreender o aparecimento da ação. Percebemos por meio dos relatos que os participantes, falavam de mudanças em suas vidas, mas podemos dizer, que muito mais que isto, falavam de uma continuidade, de percepções outras das histórias

anteriormente trazidas.

Não pretendemos, a partir dos resultados obtidos dizer que foi o plantão psicológico o motivo de tais acontecimentos, mas antes que independente da forma que se faça um atendimento, a atenção psicológica pode de fato favorecer transformações de vida. E aqui adentramos na questão que para além das constelações de significado pode ser percebida, que tudo estava intimamente relacionado com a narrativa.

A aproximação das histórias de vida mediante o processo de contá-las, não com o afastamento possível ao se relatar um fato, mas com a força da experiência, parece ser capaz de fazer romper barragens interiores, desgelando o que anteriormente estava represado.

Arendt (2015, p. 219) diz que a ação não pode ser condicionada, mas nos dá uma pista ao dizer que esta “[...] *pode ser estimulada pela presença de outros a cuja companhia possamos desejar nos juntar...*”. Assim, se pudermos dizer algo que a presente pesquisa revelou fortemente, é que o trabalho psicológico é antes de tudo um espaço de favorecimento de narrativas, um lugar de encontro e de estabelecimento de coautorias.

Compreende-se que a solidão e o isolamento são fatores fundamentais para a cristalização em determinados sofrimentos, assim o cuidado psicológico deve se voltar não para o fechamento, mas para abertura e compartilhamento. Um forte viés de entendimento do processo de adoecimento como um fator intrapsíquico pode acabar por favorecer mais isolamento que abertura.

Esperamos que o presente trabalho além de apresentar o plantão psicológico realizado na Clínica Escola Manoel de Freitas Limeira- UNICAP, desperte maiores reflexões acerca da importância da narrativa na convocação para ação na atenção psicológica contribuindo para a constituição de uma psicologia que compreenda os fenômenos psicológicos como uma constituição conjunta e não apenas individual. Sendo assim, a importância da coautoria aparece como terreno fértil para refletirmos a prática psicológica.

REFERÊNCIAS

“ação”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/a%C3%A7%C3%A3o> Acesso em: 20 de Novembro de 2018

ALMEIDA, Janusy Mara de Alencar. **O plantão psicológico como atenção clínica**. Monografia-Conclusão de curso de Psicologia. CCBS- UNICAP. 2015

AUN, Heloisa Antonelli. **Trágico avesso do mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura** - 8ª Ed. revista - São Paulo: Brasiliense, 2012

CRITELLI, Dulce Mara. **História pessoal e sentido da vida: historiobiografia** - São Paulo: EDUC: FAPESP, 2012

FROST, Seena, B. **SoulCollage: An Intuitive Collage Process for Individuals and Groups**. Editora: Hanford Mead Publishers. 2001

MORATO, H. T. P.; **Pedido, queixa e demanda no plantão psicológico: querer, poder ou precisar, Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição**: Psicologia em Políticas Públicas. Vitória: UFES, 2006.

_____; **Serviço de Aconselhamento Psicológico no IPUSP: Aprendizagem Significativa em ação**. In: MORATO, H. T. P. (Org) – Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: Novos Desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____; Memorial descritivo, 2011. In ALMEIDA, Janusy Mara de Alencar. **O plantão psicológico como atenção clínica**. Monografia- Conclusão de curso de Psicologia. CCBS- UNICAP. 2015

SCHMIDT, Maria Luísa Sandoval. Aconselhamento psicológico: questões introdutórias. In: ROSENBERG, Rachel Lea (org.) **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**. São Paulo: EPU, 1987.

SZYMANSKI, H.; A Prática Reflexiva em Pesquisas com Famílias de Baixa Renda, trabalho apresentado no II Seminário de Pesquisas e Estudos Qualitativos (SEPQ), Bauru, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/lisipeq/anais/pdf/gt1/06.pdf>. Acesso em 01 de dezembro 2018.

WALCKOFF, Simone Dalla Barba. **As possibilidades do pensamento de Hannah Arendt na prática psicológica** - Curitiba: CRV, 2016

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Edirlei Machado Dos-Santos

Doutor em Enfermagem. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Sociedade (GEPESS) e Professor Adjunto do Curso de Graduação e Pós-Graduação (Mestrado) em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Renan da Cunha Soares Júnior

Doutorando em Psicologia e Coordenador do curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Adriana Luiz Sartoreto Mafra

Mestranda em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNEC).

Gislaine Machado dos Santos

Especialista em Enfermagem do trabalho e Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas-PA.

RESUMO: Trata-se de um estudo de revisão integrativa, cujo objetivo foi analisar publicações na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), acerca da relevância existente entre a Saúde Mental e Atenção Básica, bem como as fragilidades para a produção do cuidado em saúde mental, evidenciadas por meio de produções científicas brasileiras.

Foram selecionados 10 artigos, de um total de 39 referências encontradas. Os estudos demonstram a relevância das equipes da Atenção Básica em relação à assistência aos usuários com transtornos psíquicos e sua família, no entanto, apontam para a necessidade de superação de conceitos organicistas e centrados na lógica da exclusão ainda presentes nos processos de trabalho das equipes de Atenção Básica, bem como, para a necessidade de ampliação e melhoria nos processos formativos dos profissionais que atuam nos serviços primários de saúde, com vistas ao fortalecimento do acolhimento e vínculo, numa relação profissionais-usuários/família.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

POTENTIALITIES AND FRAGILITIES FOR THE PRODUCTION OF MENTAL HEALTH CARE IN BASIC ATTENTION

ABSTRACT: It is a study of integrative review, whose objective was to analyze publications in LILACS database (Latin American and Caribbean Health Sciences) concerning the existing relevance between Mental Health and Primary Care, as well as the weaknesses for the

production of mental health care, evidenced by Brazilian scientific productions. 10 items were selected from a total of 39 references found. Studies show the importance of the primary care teams in relation to assistance to users with mental disorders and their families, however, point to the need to overcome organicists concepts and focusing on the logic of still present exclusion in the work processes of teams Primary as well as to the need for expansion and improvement in the formative processes of professionals working in primary health care, with a view to strengthening the receptiveness and bond in a professional-users / family relationship.

KEYWORDS: Mental Health Services. Primary Health Care. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A temática referente às ações de saúde mental, em particular, no contexto dos serviços de Atenção Básica, tornou-se tão importante que tem sido uma preocupação não só do governo e pesquisadores brasileiros, mas também, de outros países (DOS-SANTOS, 2014).

Em pesquisa realizada acerca das políticas de saúde mental nas equipes de Atenção Básica, na Inglaterra identificou-se, uma falta de clareza na política de saúde mental do país, sendo este, um dos fatores que tem contribuído para as dificuldades encontradas pelos profissionais da Atenção Básica que produzem ações de saúde mental (NOLAN; HEWISON, 2008).

Na Zâmbia, pesquisadores mostraram que apesar da concretização de uma reforma no sistema de saúde do país, no ano de 1991, a saúde mental ainda era considerada algo de baixa prioridade (MWAPE et al., 2010). Semelhante ao que ocorre no Brasil, em particular, quando se toma como referência, os serviços de Atenção Básica e sua responsabilidade no campo da saúde mental, os autores evidenciaram a existência de uma fragmentação na assistência, tendo tais serviços um direcionamento às ações curativas que são desenvolvidas pelos serviços do nível terciário de assistência.

Em um estudo realizado no México, os autores apontaram que as pessoas com transtornos mentais, em especial, àquelas com depressão, encontraram barreiras substanciais, quando buscaram pelos serviços de saúde e quando estes o faziam, geralmente buscavam pelos serviços da Atenção Básica. Muitas vezes, os profissionais de serviços primários de saúde não reconhecem os problemas de saúde mental, e quando o fazem, não dispensam a atenção adequada, o que poderá comprometer as necessidades psicossociais do usuário dos serviços (WAITZKIN et al., 2011).

Diante da breve contextualização feita, o presente trabalho teve como questão de pesquisa: Qual(is) a(s) potencialidade(s) e fragilidade(s) identificada(s) nos serviços da Atenção Básica em relação à produção do cuidado em saúde mental?

Deste modo, o objetivo da presente pesquisa foi analisar a relevância da dos serviços de Atenção Básica e suas fragilidades na a produção do cuidado em saúde

mental em produções científicas brasileiras.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, em que buscamos analisar os estudos que abordavam a relação existente entre os serviços da Atenção Básica e as ações/serviços de saúde mental desenvolvidas em tal cenário.

O método de revisão integrativa inclui a análise de estudos relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Possibilita sintetizar aspectos do conhecimento relacionados a um determinado tema, bem como, evidenciar lacunas do conhecimento que carecem ser ocupadas com a realização de novas pesquisas (BENEFIELD, 2003; POLIT e BECK, 2006).

Para o desenvolvimento do presente estudo respeitou-se os seguintes passos: estabelecimento de hipóteses ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e; síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Foram selecionados e analisados estudos brasileiros, publicados na base dados banco de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), a partir do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A escolha por tal base de dados se deu em virtude de ser considerada àquela que congrega grande parte das publicações brasileiras. A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2015.

Como critérios de inclusão, levou-se em consideração o ano de publicação dos estudos, sendo que na presente revisão tomamos como referência os estudos publicados no Brasil, por pesquisadores brasileiros, no período compreendido entre janeiro de 2012 e abril de 2015. Em relação ao formato das referências selecionadas, todas tratavam-se de estudos publicados no formato de artigo científico. Foram excluídas da seleção as publicações no formato de teses de doutorado, dissertações de mestrado, livros, documentos técnicos e manuais.

Para o desenvolvimento da etapa de coleta de dados, procedeu-se o seguinte agrupamento: palavras do título: “mental”, “health” e “primary”. A partir da questão norteadora do presente estudo e dos critérios de inclusão, apontados anteriormente, realizou-se a leitura dos resumos. Por fim, construiu-se a revisão pautada num referencial que analisa o objeto do presente trabalho (Saúde Mental e Atenção Básica).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do agrupamento citado anteriormente, identificou-se 39 referências, deste total foram selecionados 10 artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão, os quais são apresentados no quadro a seguir:

TÍTULO	PERIÓDICO	OBJETIVOS	ANO DE PUBLICAÇÃO
A interlocução da saúde mental com a atenção básica no município de Vitória/ES	Saúde e Sociedade	Analisar o processo de interlocução da saúde mental com a atenção básica no município de Vitória/ES.	2012
A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental	Ciência & Saúde Coletiva	Investigar o apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais generalistas, com vista à identificação das diretrizes, princípios e valores profissionais que permeiam o processo.	2015
Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica	Saúde e Sociedade	Avaliar os alcances e os limites da implementação do apoio matricial em saúde mental na atenção básica que podem ser identificados nos aspectos da forma de execução do serviço, da participação dos profissionais e do acesso pelo usuário.	2012
“Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”- processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária, com base nas experiências de profissionais, usuários e familiares.	2014
Grupos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde	Fractal – Revista de Psicologia	Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas nos grupos de saúde mental e a sua correspondência com os processos de desinstitucionalização da loucura, inscritos na reforma psiquiátrica brasileira.	2012
O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da Atenção Primária	Temas em Psicologia	Analisar o cuidado que as Equipes de Saúde da Família exercem diante dos usuários da saúde mental.	2013
O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde	Ciência & Saúde Coletiva	Discutir a questão da integração da saúde mental na Atenção Primária mediante o apoio matricial em saúde mental.	2015
Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia Saúde da Família	Saúde Debate	Discutir a perspectiva de enfermeiros e agentes comunitários de saúde de Unidades de Saúde da Família do município do Guarujá-SP acerca da sua atuação na área da saúde mental no contexto do trabalho em rede e do matriciamento.	2014

Saúde mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental	Saúde e Sociedade	Conhecer como vem se configurando as práticas em saúde mental na atenção básica, através de uma equipe de Estratégia Saúde da Família.	2013
Saúde-doença mental na Atenção Primária: uma prática assistencial em construção	Revista Atenção Primária à Saúde	Compreender como tem se efetivado a assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na atenção primária à saúde.	2012

Quadro 1- Referenciais selecionados a partir da coleta de dados, 2015.

Fonte: Os autores

Por meio da leitura dos artigos selecionados identificou-se diferentes evidências que foram agrupadas em dois eixos: **1- *As potencialidades dos serviços da Atenção Básica na produção do cuidado em saúde mental*** e; **2- *As fragilidades dos serviços da Atenção Básica para a produção do cuidado em saúde mental***.

As potencialidades dos serviços da atenção básica na produção do cuidado em saúde mental

Na contemporaneidade, a instituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido objeto de ampla discussão entre teóricos, pesquisadores e trabalhadores que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que tem sido vista como possibilidade da instituição de serviços que funcionem de forma cadenciada e que possibilitem uma atenção equânime e integral aos usuários dos serviços públicos de saúde.

No campo da saúde mental, a proposta transita na mesma direção, a partir da construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devendo tal rede ser parte integrante de uma rede maior, a RAS. Neste contexto, o Ministério da Saúde, instituiu por meio de Portaria, os componentes da RAPS, sendo os serviços de Atenção Básica, parte integrante da mesma e com importantes atribuições para a produção do cuidado em saúde mental.

A inserção de práticas de saúde mental nos serviços da Atenção Básica converge para a busca concreta da regionalização e redirecionamento do cuidado, a partir da atenção integral e humanizada aos sujeitos, articulada com os profissionais e outros serviços e dispositivos existentes nos territórios (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

O modelo amplamente adotado na quase totalidade dos municípios brasileiros tem sido a Estratégia Saúde da Família, entendida como possibilidade de (re) organização dos serviços da Atenção Básica, pautada pela premissa de fortalecimento e concretização, na prática, dos princípios e diretrizes do SUS.

Nesta vertente, a lógica direcional das equipes que conformam a Estratégia Saúde da Família, como modalidade de atenção à saúde, tem em seu cerne a

proximidade com os usuários/famílias que estão inseridos em seus territórios. Tal aproximação possibilita um melhor enfrentamento dos problemas de saúde, o que favorece a instituição de intervenções de maneira contínua e contextualizadas. Ademais a característica multidisciplinar das equipes que constituem a Estratégia Saúde da Família e, os diferentes recursos que cada território apresenta possibilita a produção de intervenções pautadas numa visão integral do sujeito (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Especificamente, no campo da saúde mental, uma ferramenta organizativa e estrutural dos serviços que emergiu de forma substancial nos artigos selecionados foi a participação das equipes de apoio matricial, entendida como potencialidade para a concretização da produção do cuidado em saúde mental nos serviços de Atenção Básica. O apoio matricial tem como proposta agregar às equipes de Atenção Básica, dentre elas, as equipes de saúde da família, conhecimentos e uma prática conjunta de ações com o envolvimento de várias categorias, permeando deste modo, a discussão e a construção de projetos terapêuticos para os casos de maior complexidade (HIRDES, 2015; MORAIS; TANAKA, 2012; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Neste contexto, o apoio matricial contribui para a produção de novas práticas clínicas e institucionais juntos as equipes da Estratégia Saúde da Família, amplia a possibilidade de resolubilidade em saúde mental na Atenção Básica e, concomitantemente possibilitar-se-á aos profissionais o reconhecimento da demanda de usuários com transtorno mental (MORAIS; TANAKA, 2012).

Na quase totalidade dos estudos, observou-se uma valorização dos serviços da Atenção Básica como cenário fecundo para a produção do cuidado em saúde mental, uma vez que a inserção dos serviços de saúde no território e sua proximidade com os usuários possibilita o desenvolvimento de um olhar ampliado sobre o sujeito. Deste modo, a Atenção Básica pode ser percebida como uma possibilidade de desinstitucionalizar práticas ancoradas em diferentes paradigmas que se apresentam na contramão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Dos 10 artigos selecionados, em quatro deles, os autores fazem uma discussão acurada acerca da forma como o matriciamento em saúde mental tem sido percebido e implementado junto às equipes de Atenção Básica, essencialmente, às equipes de saúde da família.

Dentre as possibilidades apontadas pelos autores dos artigos selecionados, para a produção do cuidado em saúde mental, adquirem maior visibilidade: ***o apoio matricial, o uso das tecnologias leves (acolhimento, vínculo e escuta); a instituição de grupos de saúde mental e a valorização do território como espaço de produção de subjetividades.***

As tecnologias leves levam em conta, essencialmente, o cotidiano das relações interpessoais no processo de produção do cuidado em saúde, com caráter relacional que a coloca como possibilidade de agir entre os sujeitos individuais e coletivos implicados com o processo de produção em saúde (MERHY; FRANCO, 2003 *apud*

LIMA et al. 2013). O uso de tecnologias leves auxilia na produção do cuidado em saúde mental, uma vez que permite aos profissionais das equipes direcionar o cuidado em saúde pautado na confiança e diálogo mais próximos de cada singularidade o que certamente torna-se elemento inerente ao fortalecimento do vínculo (BEZERRA et al. 2014).

Nesta vertente, a produção do cuidado em saúde mental perpassa a utilização, fundamentalmente, da subjetividade. Destarte, torna-se essencial acolher as subjetividades e as questões que permeiam o sofrimento e o sujeito que sofre (MOLINER; LOPES, 2013).

Em seu estudo, Hirdes (2015) aponta que os profissionais participantes de sua pesquisa mencionaram o acolhimento como uma potencialidade para a produção do cuidado em saúde mental a partir do apoio matricial. Destacou-se a relevância do acolhimento longitudinal (no tempo) e do acolhimento vertical (a disponibilidade para o cuidado). O “acolhimento dialogado” como mencionado por Hirdes e Scarparo (2015) possibilita ainda, a identificação precoce de distintas situações, como os quadros de transtornos mentais leves, transtornos mentais severos, casos de abuso de álcool e outras drogas, situações de risco (suicídios), e de violência familiar.

O acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana empática e respeitosa ao usuário e, concomitantemente, possibilita a avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais que carecem ser consideradas (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Nesta perspectiva, em alguns cenários a Reforma Psiquiátrica avança no sentido de possibilitar aos serviços de Atenção Básica um lugar de acolhimento aos usuários com transtornos mentais, tornando-a parceira da mudança na relação existente entre comunidade e “loucura” (RODRIGUES; MOREIRA, 2012), bem como, oportunidade de estabelecimento de relações produtoras de vínculos (LIMA et al., 2013).

Outro aspecto importante que permeia a produção do cuidado em saúde mental nos serviços de Atenção Básica, especialmente, na Estratégia Saúde da Família refere-se ao acolhimento e envolvimento da família no cuidado aos usuários em sofrimento psíquico (LIMA et al., 2013).

A tríade acolhimento, vínculo e escuta pode ser tomada como ferramenta essencial na produção do cuidado em saúde mental nos serviços da Atenção Básica, a partir do entendimento de que tais serviços (Atenção Básica) sejam visualizados como local contributivo para a produção das relações de escuta e de responsabilização, com o possível estabelecimento de vínculos (GAZIGNATO; SILVA, 2014). No escutar, colocamo-nos no espaço objetivo externo e subjetivo interno do outro, por meio de uma participação, de um compartilhar do vivido, diferentemente de ouvir que se caracteriza apenas pela constatação de algo por meio do sistema auditivo, isto é, uma ação fisiológica que demanda uma constituição neurológica (HIRDES, 2000).

Outro aspecto importante, que foi mencionado nos estudos selecionados como

elementos associados à produção do cuidado em saúde mental, nos serviços da Atenção Básica refere-se ao desenvolvimento de atividades grupais com os usuários em sofrimento psíquico. Para Minozzo et al. (2012), os grupos de saúde mental são compreendidos como dispositivos desinstitucionalizantes e que agregam à ampliação da autonomia dos usuários, ademais toma-se como elemento central o resgate da singularidade no sentido de possibilitar o reposicionamento subjetivo das pessoas com transtornos mentais.

Para Costa, Celino e Moura (2012), as atividades grupais, apreendidas pelos trabalhadores das equipes de saúde da família, constituem importante recurso agregador ao processo de reabilitação dos usuários com transtornos mentais. Um situação relevante identificada e que possivelmente torna-se essencial à produção do cuidado em saúde mental nos serviços de Atenção Básica refere-se à valorização e apropriação do território, numa compreensão ampla do mesmo, reconhecendo-o para além de um espaço geográfico, ou seja, compreendendo-o como campo repleto de singularidades e campo fecundo da produção de subjetividades.

Destarte, o território passa a ser visualizado como local promotor de saúde contribui para a ampliação da circulação e do estabelecimento de novas relações sociais, podendo ser tomado como espaço para a concretização de ações de promoção da saúde e reabilitação, elementos necessários à integralidade da atenção à saúde (MINOZZO et al. 2012).

As fragilidades dos serviços de atenção básica para a produção do cuidado em saúde mental

Embora os serviços da Atenção Básica sejam apontados como elementos essenciais na conformação das RAPS, alguns serviços apresentam mazelas que comprometem a produção do cuidado em saúde mental no cenário mencionado. Tais fragilidades se esbarram em aspectos de ordem estrutural, de formação, de gestão e aspectos inerentes a uma construção sócio-histórica acerca da compreensão que se refere ao “louco” e a “loucura”.

Muitos são os desafios a serem superados para que os serviços da Atenção Básica assumam seu papel na produção do cuidado em saúde mental, e se configurem como espaços de concretização da integralidade da atenção à saúde.

No presente eixo serão apresentados os principais elementos que comprometem a produção do cuidado em saúde mental. Dentre os elementos que desqualificam o avanço em direção à produção do cuidado em saúde mental estão: ***a ênfase no modelo biomédico, fragilidades nos processos formativos dos profissionais, dificuldades de acesso dos usuários aos serviços da Atenção Básica, e o estigma acerca da “loucura”***.

A conformação do modelo de atenção à saúde passou ao longo da história por modificações. A última e de maior significância refere-se a instituição da Estratégia

Saúde da Família, como já apresentada no eixo anterior, cuja proposta se pauta numa forma (re)organização dos serviços da Atenção Básica direcionada à saúde e não a doença, com destaque para as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, entretanto, na prática cotidiana dos serviços ainda é possível constatar processos de trabalho ainda muito direcionados pelo modelo biomédico, o que gera, na maioria das vezes um cuidado desconectado da realidade em que o usuário se insere, de baixa resolubilidade e com frequentes encaminhamentos, muitas vezes desnecessários.

A adoção de práticas fragmentadas, características do modelo cartesiano ou biomédico gera uma desapropriação da realidade em relação ao que é apregoado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, contribui para um diálogo muito incipiente entre saúde mental e Atenção Básica. Atrelado ao que se apresentou anteriormente, há certo esquadrinhamento do sujeito e seu sofrimento, reflexo do uso excessivo de encaminhamentos aos profissionais ditos especializados e melhor qualificados profissionalmente em saúde mental, ou seja, os “*psi*” (psicólogos e psiquiatras) (MINOZZO et al., 2012; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

O modelo de atenção hegemônico, vigente, ancorado na concepção médico-curativa, toma como objetivo final a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Contrapondo esta situação, o modelo produtor de saúde toma como referência a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

As ações de saúde mental devem promover possibilidades no sentido de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se limitar à cura de doenças. A partir de tal entendimento, a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, torna-se necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

O encaminhamento exacerbado e desnecessário aos serviços/profissionais especializados em saúde mental desconsidera a responsabilidade das equipes de Atenção Básica (GAZIGNATO; SILVA, 2014), ao mesmo tempo em que evidencia uma postura antagônica de se corresponsabilizar pela produção do cuidado em saúde mental e do cuidado em saúde de modo geral (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). A adoção de uma prática exaustiva de medicalização do sofrimento psíquico, sem vislumbrar outras possibilidades converge para o distanciamento da concretização da Atenção Psicossocial (BEZERRA et al., 2014; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Em busca de retratar as deficiências nos processos formativos dos profissionais que participaram das pesquisas selecionadas no presente estudo, emerge frequentemente na fala dos profissionais da Atenção Básica e, passa a ser comum a expressão “*eu não produzo cuidado em saúde mental porque não sou/não fui qualificado para tal*”. A fragilidade ora apontada perpassa por deficiências na formação

ainda na graduação que muitas vezes se arrasta ao longo de sua trajetória profissional por falta de uma postura proativa do próprio profissional e/ou da gestão dos serviços. O elemento formação pôde ser identificado como fator dificultador para a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica em distintas pesquisas (COSTA; CELINO; MOURA, 2012; GAZIGNATO; SILVA, 2014; LIMA et al., 2013; MORAIS; TANAKA, 2012; MINOZZO et al., 2012).

Para Morais e Tanaka (2012) existe uma carência de qualificação dos profissionais para os aspectos subjetivos do cuidar em saúde mental (manejo das crises, o relacionamento interpessoal e instrumental terapêutico). Neste contexto, torna-se premente a necessidade de reformas nas matrizes dos cursos de graduação, especialmente, os de Enfermagem e Medicina, que foram as duas principais categorias profissionais que constituíram as amostras das pesquisas selecionadas para a construção do presente trabalho.

Outro aspecto importante refere-se a necessidade de melhor inserção e utilização da Política Nacional de Educação Permanente, do Ministério da Saúde, o que possibilitaria o fortalecimento da interação ensino-serviço, conseqüentemente uma possibilidade de ampliação e qualificação no processo de produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Em relação às dificuldades de acesso por parte dos usuários, aos serviços da Atenção Básica, identificamos diferentes situações que explicam tal situação. Uma delas refere-se ao uso excessivo de elementos do modelo biomédico que faz com que o profissional e o próprio usuário identifiquem possibilidade de cuidado quase que exclusivamente nos serviços especializados, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesta perspectiva, mesmo que o usuário com sofrimento mental tenha outras necessidades de saúde, estas passam a ser ignoradas pelos profissionais da Atenção Básica, ao mesmo tempo em que não se reconhecem como serviços capazes de produzirem o cuidado em saúde mental. Tal postura faz com que emane no usuário a mesma compreensão, gerando deste modo na percepção do usuário e suas famílias a ideia de que os serviços especializados (CAPS) são a principal “porta de entrada”, o que pode desqualificar a potencialidade que os serviços da Atenção Básica deveriam apresentar como integrantes da RAPS.

No estudo de Bezerra et al. (2014, p. 67), as falas dos participantes da pesquisa

[...] evidenciam problemáticas, como: o acesso negado, precariedade na assistência à pessoa com transtorno mental, e a ênfase na medicação como única alternativa terapêutica a estes usuários. Tais evidências são utilizadas como catalisadores da discussão sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental. Uma vez que a atenção psicossocial e os princípios e diretrizes do SUS ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais, como determinantes das doenças, a organização dos serviços deve considerar tais aspectos, garantindo o direito à saúde dos usuários.

Outra situação que contribui para a dificuldade de efetivação da produção do cuidado em saúde mental nos serviços da Atenção Básica refere-se ao estigma

existente acerca do “louco” e da “loucura”. Tal estigma faz parte das representações que os profissionais de saúde têm acerca da questão. Deste modo, tal circunstância contribuiu e continua contribuindo para a exclusão social que ocorre no território e dentro do próprio espaço físico da unidade de saúde. Quando se fala em pessoa com transtorno mental, constrói-se uma imagem negativa de perigoso, amedrontador com aspecto geral deteriorado, que foi sendo moldada ao longo dos anos na sociedade e transmitida às pessoas no ambiente familiar por meio de filmes, reportagens na imprensa escrita e televisiva (VILELA; MAFTUM; PAES, 2013).

Periculosidade, agressividade e medo fazem parte de um mesmo processo de construção histórica no qual se manifesta um círculo vicioso em que a noção de periculosidade potencializa a percepção de agressividade, aumenta o estigma da exclusão e alimenta o medo dos trabalhadores de saúde. Portanto, olhar a agressividade apenas como uma manifestação destrutiva e insalubre contribui para a prática de intervenções direcionadas ao ajuste e o enquadramento do sujeito. É necessário que os profissionais percebam, em tais manifestações de agressividade em crise, mais esperança do que desespero, mais carência do que maldade, mais apelo do que destrutividade e passem a intervir com o sujeito e para o sujeito (BONFADA; GUIMARÃES; BRITO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Corroboram-se com os autores citados no presente estudo, quando estes evidenciam a relevância das equipes de Atenção Básica na construção e implementação da produção do cuidado em saúde mental em seus processos de trabalho, embora tais cenários se apresentem na atualidade como campo marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Na construção do presente estudo foi observado que as equipes de saúde da Atenção Básica, em especial, da Estratégia Saúde da Família, cujo modelo de assistência está presente na quase totalidade do território nacional e, que tem como pressupostos de trabalho, o acolhimento, o vínculo e a escuta, enquanto instrumentos necessários à produção de cuidado em saúde mental.

Destarte, aponta-se que distintos fatores contribuem para as fragilidades que os serviços da Atenção Básica têm acerca da produção do cuidado em saúde mental, dentre elas, pode-se destacar a forma como “o louco” e a “loucura” foram representados ao longo da história. Tal elemento traz nas suas raízes, símbolos e significados que estão impregnados de valores, crenças e aspectos culturais dos profissionais e da sociedade de modo geral.

Nesta perspectiva, evidencia-se a necessidade de desenvolvimento de estudos que implementem e avaliem diversificadas estratégias para a produção do cuidado em saúde mental nos serviços da Atenção Básica, para que tais serviços assumam com

veemência sua responsabilidade como componente da RAPS e como produtores da integralidade em saúde, passando a se tornar verdadeiramente a “principal porta de entrada”, sobretudo, aos usuários com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

BENEFIELD, Lazelle. Implementing evidenc-based practice in home care. *Home healthcare nurse*. v. 21, n. 12, dez, 2003. p. 804-11.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. *Interface Comunicação Saúde Educação*. v. 18, n. 48, 2014. p. 61-74.

BONFADA, Diego.; GUIMARÃES, Jacileide.; BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de. Concepções de profissionais de saúde de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. *Rev. Rene*. v. 13, n. 2, 2012. p. 309-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.176 p.

COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti.; CELINO, Suely Matos.; COURA, Alexsandro Silva. Saúde-doença mental na atenção primária: uma prática assistencial em construção. *Rev APS*. v. 15, n. 4, out/dez, 2012. p. 479-85.

DOS-SANTOS, Edirlei. *Representações Sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família*. (Tese) Doutorado em Enfermagem. 279f. Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva.; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Debate*. v. 38, n. 101, abr/jun, 2014. p. 296-304.

HIRDES, Alice.; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 20, n. 2, 2015. p. 383-93.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 20, n. 2, 2015. p. 371-82.

HIRDES, Alice. *Centro de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial*. 2000. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis.

LIMA, Ana Izabel Oliveira.; et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. *Temas em Psicologia*. v. 21, n. 1, 2013. p. 71-82.

MENDES, Karina Dal Sasso.; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira.; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. v. 17, n.4, out/dez, 2008. p. 758-64.

MINOZZO, Fabiane. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal, Rev. Psicol*. v. 24, n. 2, maio/ago, 2012. p. 323-40.

MOLINER, Juliane de.; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades

para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc.* v. 22, n. 4, 2013. p. 1072-83.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira.; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saúde Soc.* v. 21, n. 1, 2012. p. 161-70.

MWAPE, Lonia., et al. Integrating mental health into primary health care in Zambia: a care provider's perspective. *International Journal of Mental Health Systems.* v. 4, n. 21, 2010. 9 p.

NOLAN, Eloise.; HEWISON, Alistair. Teamwork in primary care mental health: a policy analysis. *Journal of Nursing Management.* v. 16, n.6, set, 2008. p. 649-61.

POLIT, Denise.; BECK, Cheryl Tatano. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, Denise.; BECK, Cheryl Tatano. (editors). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization.* Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p. 457-94.

RODRIGUES, Euzilene da Silva.; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saúde Soc.* v.21, n.3, 2012. p. 599-611.

RODRIGUES, Maísa Paulino.; LIMA, Kenio Costa de.; RONCALLI, Angelo Giussepe. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc. saúde coletiva.* v.13, n. 1, 2008. p. 71-82.

TESSER, Charles Dalcanale.; POLI NETO, Paulo.; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva.* v. 15, n. (suplemento), nov, 2010. p. 3615-24.

VILLELA, Juliane Cardoso.; MAFTUM, Mariluce Alves.; PAES, Márcio Roberto. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. *Texto & contexto enferm.* v. 22, n. 2, abr/ jun, 2013. p. 397-406.

WAITZKIN, Howard. et al. Promotoras as mental health practitioners in primary care: a multi-method study of an intervention to address contextual sources of depression. *J Community Health.* v. 36, 2011. p. 316-31.

PROJETO DE EXTENSÃO CAPACITÁ-SAÚDE MENTAL

Carmen Silva Alves

Faculdades Integradas de Patos. Departamento
de Serviço Social
Patos-PB

Glaucia Thais Justiniano

Faculdades Integradas de Patos. Departamento
de Psicologia
Patos-PB

Nattália Luciar de Sousa Leite Matildes

Faculdades Integradas de Patos. Departamento
de Serviço Social
Patos-PB

RESUMO: O projeto de extensão foi desenvolvido durante os semestres letivos 2017.2 e 2018.1, e é fruto dos resultados da pesquisa intitulada Saúde mental e intersectorialidade no município de Patos-PB, realizada entre 2016 e 2017, na qual apresentaram-se demandas sugestivas a implementação de medidas que pudessem dar suporte aos profissionais e trabalhadores inseridos na Rede de Atenção Psicossocial do referido município. Para tal proposta, estabeleceu-se uma parceria com o Serviço Escola de Psicologia das FIP (SEP-FIP) e a Secretaria Municipal de Saúde, junto a coordenação municipal de Saúde Mental. As ações se intensificaram com a participação efetiva de profissionais e estudantes extensionistas dos cursos de Serviço Social,

Psicologia e Enfermagem, agregando o conhecimento de profissionais das áreas de Direito, Medicina, Serviço Social e Psicologia, que contribuíram diretamente na fase de execução dos cursos. Ao todo, foram realizados 05 encontros presenciais, cuja temática abordaram os seguintes assuntos: A história da saúde mental no Brasil e a Reforma Psiquiátrica; Saberes Interdisciplinares na Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial; Aspectos legais das políticas públicas de saúde mental e a redução de danos; A importância da Arte-terapia na Saúde Mental; Prática médica na Saúde Mental e intervenções para construção do Projeto Terapêutico Singular; Em todos os módulos obteve-se a assiduidade das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que avaliaram o processo de forma bastante positiva, assim como, a experiência aplicada na cidade de Patos-PB, despertou o interesse de outras cidades do Estado para debater formatos de capacitações à serem executados em seus respectivos municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Projeto. Extensão. Capacitações. RAPS. CAPS.

ABSTRACT: The extension project was developed during the academic semesters 2017.2 and 2018.1, and is the result of the research entitled Mental Health and Intersectoriality in the Municipality of Patos,

Paraíba, carried out between 2016 and 2017, in which demands were presented via suggestions for the implementation of measures that could support the professionals and workers included in the Network of Psychosocial Care of the aforementioned municipality. For this proposal, a partnership was established between the School of Psychology of FIP (SEP-FIP) and the Municipal Health Department, along with the municipal coordination of Mental Health. The actions were intensified with the effective participation of professionals and extension students of the courses of Social Work, Psychology and Nursing, and also aggregating the knowledge of professionals in the areas of Law, Medicine, Social Work and Psychology, who contributed directly in the execution phase of the course. Altogether, 5 face-to-face meetings were held, and topics covered the following subjects: The history of mental health in Brazil and the Psychiatric Reform; Interdisciplinary Knowledge in Mental Health and the Psychosocial Care Network; Legal aspects of public policies on mental health and damage reduction; The Importance of Art Therapy in Mental Health; Medical practice in Mental Health and interventions for the construction of the Singular Therapeutic Project. In all the modules, the teams of the Psychosocial Care Centers (CAPS) fully attended the process and evaluated it in a very positive way. Also, the experience applied in the city of Patos-PB attracted other cities in the State to discuss training formats to be implemented in their respective municipalities.

KEYWORDS: Project. Extension. Training. RAPS. CAPS.

1 | INTRODUÇÃO

Uma pesquisa realizada entre 2016 e 2017 pelo departamento de Serviço Social, vinculada a Coordenação de Extensão e Pesquisa (COOPEX) das Faculdades Integradas de Patos (FIP), intitulada **Saúde mental e intersetorialidade no município de Patos-PB**, apontou diferentes níveis de fragilidades vivenciadas pelos trabalhadores da Rede Sócio Assistencial, perpassada pelos serviços da área da Política de Assistência Social, assim como pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, tendo como principais dispositivos os Centros de Atenção Psicossocial existentes no município. Essa percepção, revelou a importância do desenvolvimento de ações voltadas para o atendimento integralizado, tendo em vista a necessidade de delimitação e cobertura das ações de uma extensão universitária.

Esse projeto buscou atender a demanda de capacitação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Patos- PB, e para tanto viabilizou estabelecer parcerias entre os serviços da saúde mental e espaço acadêmico do município.

2 | OBJETIVOS

Este projeto, destinou-se aos do Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Patos-PB, com o objetivo de capacitar os profissionais (nível superior, médio e técnico), sob a perspectiva da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, para atuarem no campo da saúde mental, buscando aproximar a prática cotidiana

dos serviços à diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no que concerne as leis, portarias e resoluções, e sua aplicabilidade quanto as demandas e necessidades específicas de cada um Centros de atenção Psicossocial: CAPS II, CAPS AD e CAPS i.

3 | MÉTODO

Para fins de execução da proposta, estabeleceu-se uma parceria entre o Departamento de Serviço Social das FIP, o Serviço Escola de Psicologia das FIP (SEP-FIP) e a Secretaria Municipal de Saúde, junto a coordenação municipal de Saúde Mental, que empreenderam à seleção de cunho multidisciplinar, de estudantes extensionistas, nas áreas de Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Nesta mesma perspectiva, foram estabelecidas também, parcerias nas áreas de Psicologia, Direito e Medicina das FIP, que junto as demais, resultaram na colaboração efetiva de profissionais na busca de capacitar na ótica interdisciplinar, diante as temáticas propostas nos encontros.

Este projeto foi executado no decorrer dos semestres letivos de 2017.2 e 2018.1, tendo como público alvo 40 (quarenta) profissionais de diferentes áreas e funções, que atuam nos 03 (três) Centros de Atenção Psicossocial, existentes no município de Patos.

A proposta metodológica foi elencada no formato modular, sendo propostos 05 (cinco) encontros mensais, cuja temáticas foram escolhidas e discutidas em encontros prévios junto a Coordenação do projeto, professor convidado para apresentar o tema, profissionais voluntários e colaboradores e alunos extensionistas, que resultou na composição de bibliografia adequada, planejamento e execução da dinâmica de cada encontro, no que se refere a apresentação do assunto e a produção de experiências que aproximem a teoria da prática.

Os módulos temáticos foram os seguintes: módulo I - A história da saúde mental no Brasil e a Reforma Psiquiátrica. Módulo II - Saberes Interdisciplinares na Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Módulo III - Aspectos legais das políticas públicas de saúde mental e a redução de danos. Módulo IV – A importância da Arte-terapia na Saúde Mental. Módulo V - Prática médica na Saúde Mental: intervenções para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados quantificados mediante o grau de satisfação dos participantes do projeto de extensão capacitá saúde mental

Inicialmente, a proposta metodológica deste projeto foi elencada no formato

modular, listando-se 05 (cinco) módulos temáticos e 01 (um) módulo de avaliação. Porém no decorrer do processo, observamos a importância de realizar a avaliação ao final de cada encontro, e assim, garantir uma expressiva participação dos profissionais em contribuir com o projeto, como também sugerir modificações, elencar sugestões e críticas. Vejamos o quantitativo de inscritos no início do projeto:

PROFISSÃO	QUANTIDADE
Arte educadora	03
Assistentes Sociais	03
Vigilantes	02
Cozinheira	01
Psicopedagogos	03
Recepcionistas	03
Enfermeiros	06
Educadores Físicos	04
Monitores	16
Coordenadores	03
Psicóloga	01
Fisioterapeuta	01
Total	46

Tabela 1 - Profissionais previamente inscritos - 2018

Salienta-se que as vagas para os profissionais foram abertas para qualquer trabalhador dos referidos CAPS, independentemente do grau de formação, pois buscou-se valorizar todas as categorias atuantes, tomando por base o debate interdisciplinar que nortearam a pesquisa realizada, como também a diversidade dos saberes que perpassam o fazer profissional no interior desses serviços. Não havendo obrigatoriedade de participação. O gráfico abaixo, demonstra o quantitativo de participantes em cada módulo temático:

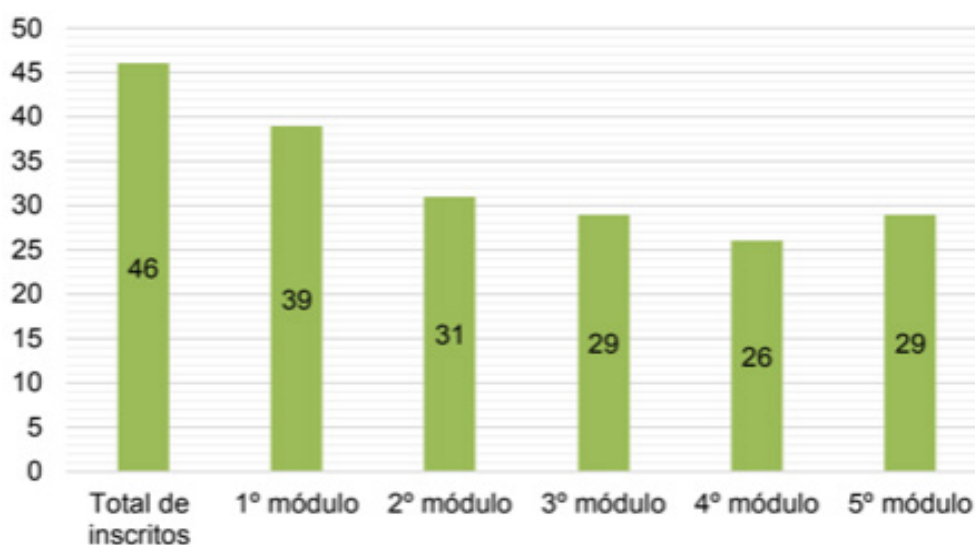


Gráfico 01 – Total de inscritos e participação por módulos

No decorrer do processo, observou-se que as equipes passam por modificações cotidianamente, seja por transferência de setor, seja por desligamento da rede, ou ainda pela própria desistência desses profissionais, que em algumas das vezes, assumem outros postos de trabalho, inviabilizando assim sua frequência na proposta extensionista.

Ao modificar a proposta de avaliação, tornando-a modular, passamos a considerar as opiniões dos participantes, emitidas em formulários específicos, construídos para serem respondidos em cada módulo, sem nenhuma identificação dos participantes.

A transcrição destes dados, ocorreu mediante os formulários de avaliação, que foram distribuídos em cada módulo, nos quais recorria-se aos seguintes questionamentos: Como você avalia este módulo da capacitação? Na sua opinião o tema abordado no módulo contemplou aspectos importantes e do seu interesse? Por favor, justifique sua resposta. Você tem alguma observação ou sugestão a fazer para o próximo módulo?

Salienta-se ainda que, na fase de inscrição no projeto, a todos os inscritos foi apresentado um termo de consentimento e autorização para uso de imagem e som, como também, apresentados os formulários de avaliação, nos quais não consta qualquer forma de identificação. Dessa forma, passamos a apresentar os seguintes resultados, distribuídos nas sequencias dos módulos quanto ao nível de satisfação diante as temáticas debatidas:

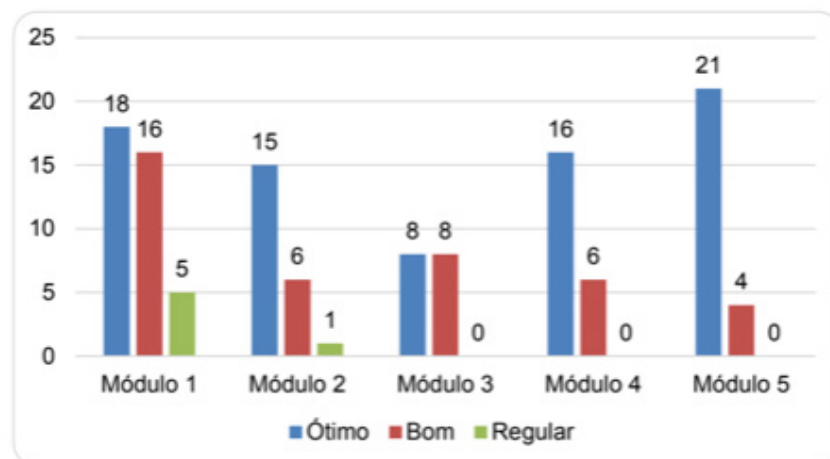


Gráfico 02 – Avaliação dos módulos

Fonte Primária, Projeto Capacitá-SM/2018

Nos 05 (cinco) módulos realizados, contabiliza-se 123 (cento e vinte e três) formulários respondidos. Como pode-se perceber no gráfico a cima, na maioria das respostas obtidas correspondente ao questionamento: como você avalia este módulo da capacitação? Destaca-se a conceituação nomeada como ótimo, apresentando-se

uma paridade nas respostas apenas no terceiro módulo.

4.2 Avaliações por módulos temáticos: considerações das equipes a respeito do desenvolvimento do projeto

O primeiro módulo do projeto foi realizado em 23 de março de 2018 e teve como temática: História da Saúde mental no Brasil e Reforma Psiquiátrica. A exposição foi feita pelas coordenadoras do projeto. A organização, dinâmicas e monitoramento foi realizada pela equipe de colaboradores e extensionistas.

A equipe vivenciou algumas dificuldades para execução do primeiro encontro, como: a sala indicada para a realização do 1º encontro não foi adequada, pois não comportava o número de participantes, sendo necessário fazer um deslocamento para outro bloco da unidade 01 das FIP; A unidade parceira não disponibilizou o *coffee break* conforme combinado, sendo necessário a própria coordenação de Saúde Mental tomar outras providências; Uma colaboradora e uma extensionista apresentaram problemas de saúde, não sendo possível fazerem as exposições previamente agendadas.

No entanto, essas impossibilidades não impediram a participação de 39 profissionais que comparecerem mediante as inscrições previamente realizadas, como também, foi possível coletar as opiniões sobre a temática proposta, vejamos algumas considerações:

Sim, o assunto abordado trouxe uma visão geral da “loucura” através do tempo e uma reflexão se nós realmente estamos progredindo no quesito tratamento.

Sim. Acredito que foi bastante produtiva e esclarecedor, principalmente para as equipes dos CAPS que lidam direto com os usuários muitos deles não têm formação que aborde essa temática.

Sim, principalmente no aspecto onde devemos tratá-los no meio social e não (nunca) excluí-los pelo fato da loucura. Procurar aprender a conviver com a loucura ao invés de procurar curá-lo da loucura.

Devemos salientar que a avaliação positiva nos instigou a produção de temáticas relevantes, levando em consideração a própria opinião dos participantes, conforme descreveram:

Gostaria que fosse abordada as perspectivas teóricas de diferentes formações acerca da relação família-transtornos mentais [...]; debater as ideias do senso comum acerca da temática; discutir mais a questão da interdisciplinaridade dos profissionais.

Gostaria de ver nos próximos módulos, alternativas de abordagem para evitar evasão dos usuários [...] e quais os meios de cuidados e convivência como os nossos usuários [...].

Um dos quesitos importantes deste projeto, especialmente para os organizadores foi avaliar até que ponto as temáticas e os momentos planejados nos encontros podiam contemplar o interesse dos profissionais, ao passo em os participantes responderam aos questionários, em praticamente em todos os módulos, apontando assim, as

possibilidades de ampliar o debate, incentivando a manutenção e a elaboração de cada encontro.

O segundo módulo foi realizado no dia 13 de abril de 2018, propôs como temática: Saberes Interdisciplinares na Saúde Mental, uma prática de muitos. Teve como objetivo principal: conjugar os saberes interdisciplinares para agregar conhecimento e refletir sobre atribuições e competências das diferentes categorias de trabalho que atuam nos CAPS.

A temática foi exposta a partir de 02 exposições intituladas: As ciências e suas contribuições para a saúde mental: articulando saberes e compondo a interdisciplinaridade. E a segunda exposição debateu acerca das metodologias para desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Esses momentos foram intercalados por dinâmicas, oficinas e participação dos profissionais cursistas, que procederam as seguintes avaliações:

Este modulo tratou das particularidades e importância de cada profissional do serviço CAPS, e como a interdisciplinaridade entre os mesmos é de fundamental importância.

A abordagem sobre sair do conforto, foi muito interessante, bem como a exposição da professora [...] que foi pertinente para o serviço.

Por que trabalhou ferramentas de trabalhos essenciais para o trabalho em saúde mental, desmistificando percepções enraizadas e culturais, trazendo novas perspectivas e instrumentos de trabalho.

O terceiro módulo foi realizado em 27 de abril de 2018 e tratou dos Aspectos legais das políticas públicas de saúde mental e Redução de Danos. Objetivou debater sobre a legislação que especifica os direitos dos usuários no âmbito da saúde mental, além conhecer os direcionamentos postos pelo sistema nacional de políticas sobre drogas (Lei 11.343/2006) e entender os aspectos não proibicionistas, relacionadas a Redução de Danos, valorizando a autonomia do usuário, ressaltando os aspectos éticos ante as condutas dogmáticas.

Neste módulo participaram 29 profissionais, sendo que apenas 16 responderam ao formulário de avaliação, destas, 08 pessoas classificaram o módulo como bom, e 08 como ótimo, as quais adicionaram o motivo de se sentirem contempladas com as discussões, conforme algumas colocações abaixo:

Os temas abordados foram de indiscutível relevância para reflexão, aprendizado e desconstrução de preconceitos, o conhecimento nos aproxima e melhora a nossa atuação. A escolha dos profissionais está sendo muito bem-feita, de qualidade impecável. Gratidão pela oportunidade!

Tema bem exposto, de forma bem coerente, de modo que contemplou aspectos essenciais para o trabalho dentro e fora dos serviços e impulsionou um melhor desempenho e engajamento da equipe.

Foi muito pertinente, principalmente por que veio sanar muitas dúvidas referente ao direito.

Por que discutiu sobre a política de redução de danos e alguns aspectos legais referente a prática.

O quarto módulo foi realizado no dia 25 de maio de 2018 e buscou promover a importância da arteterapia para as vivências dos usuários e profissionais. Teve como tema: A importância da Arte-terapia na Saúde Mental. Esse módulo apresentou a história do nascimento da arteterapia no Brasil, seus principais idealizadores e teóricos, bem como os fundamentos necessários para a aplicabilidade na Saúde Mental.

Promoveu-se momentos dinâmicos de aprendizado através de vivências, com a produção de mandalas pelos participantes, a partir da utilização de materiais recicláveis, promovendo um ambiente descontraído e ao mesmo tempo interativo, sendo a experiência socializada ao final da oficina de arteterapia, momento esse que foi verbalizado e descrito a avaliação sobre o módulo, conforme segue abaixo:

A arteterapia é o coração do “novo pensar” acerca da saúde mental e deve ser explorado pelas equipes ao máximo. A aula foi muito relevante e a vivência nos fez aprender sobre arteterapia na prática.

Momento imensamente construtivo aonde abordou as nossas praticas, além de fazer a equipe refletir sobre o processo de trabalho de forma prática, na construção coletiva de uma linda mandala.

A arte como forma de terapia é muito importante, pois é através dela que, pessoas que não verbalizam, podem transmitir suas emoções e pensamentos.

O módulo descrito a cima teve 26 participantes, destes 22 responderam a avaliação, sendo que 16 classificam como ótima e 06 como bom. O que, evidencia a importância do projeto junto aos trabalhadores dos CAPS.

O quinto e último módulo foi realizado em 08 de junho de 2018 e trouxe à tona, a discussão em torno da Prática médica na saúde mental e intervenções para a construção do Projeto Terapêutico Singular. O objetivo principal buscou historicizar a construção da psiquiatria, expondo os ganhos históricos dessa especialidade, assim como, os danos praticados mediante a institucionalização dos grandes e extintos manicômios, a partir da democratização dos saberes e a intercessão dos múltiplos atores que participaram e participam da luta antimanicomial.

Neste módulo tivemos a participação de 29 profissionais, dos quais 25 responderam ao formulário, sendo que 21 sinalizaram a discussão como ótima e 04 como boa. Selecionamos algumas considerações em relação ao seguinte questionamento: o tema abordado contemplou aspectos importantes para seu trabalho? Ao passo em que responderam:

Sim. Totalmente. O PTS, é dentre outras uma ferramenta de extrema importância para um bom andamento do serviço na tentativa de ajudar o usuário a saber lidar (principalmente) com o seu transtorno e com o mundo a sua volta.

Um profissional de excelência, nos deu a honra de transmitir muito conhecimento que nos enriqueceu ainda mais como profissionais.

Sim. Abordou de uma forma teórico-prática pontos importantes relacionados ao processo de trabalho desenvolvido nos CAPS.

Como podemos perceber, o enfoque principal versou sobre novas possibilidades da prática interdisciplinar que traz consequências bastante positivas para serem trabalhadas e socializadas no interior dos serviços substitutivos, como é o caso da construção coletiva do Projeto Terapêutico Singular (PTS), utilizando-se do mesmo como um potencial instrumento de cuidado aos usuários e da própria organização dos serviços.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluirmos esse processo, analisamos como de forma bastante positiva, tendo em vista a realização das metas propostas. Consideramos como de fundamental importância a parceria firmada com a Coordenação Municipal de Saúde Mental do município, pois mostrou-se extremamente proveitosa tendo em vista a manutenção da articulação com os três CAPS e assim, garantiu-se a participação das equipes nas atividades propostas pelo projeto, sendo estabelecidas 40 vagas para estas equipes.

Infelizmente, observamos a evasão de uma parte dos profissionais nos módulos subsequentes. Esse fato, foi justificado pela coordenação de saúde mental e demais coordenações dos serviços como relacionados ao contexto político do município, onde evidenciou-se a entrada de novos profissionais, aos mesmo tempo em que, no decorrer do processo de capacitação, solicitaram afastamento dos seus cargos, alegando assumirem outros postos de trabalho como profissionais efetivos.

Acima disso, o município passou por um período de paralização de profissionais efetivos, o que também repercutiu negativamente, refletindo na evasão de alguns profissionais. No geral manteve-se na capacitação com mais de 50% de participantes contemplados como público alvo.

No entanto, é necessário considerarmos os dados do Ministério da Saúde (BRASIL., 2004) que sinaliza a primeira notificação de manifesto em prol da reforma psiquiátrica data do ano de 1978 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Foi o início de um movimento social cujo objetivo era melhorar as condições de trabalho, bem como garantir melhorias na qualidade dos atendimentos aos pacientes psiquiátricos.

Nesse formato apreciamos as prerrogativas da Política de Saúde Mental Brasileira, em vigência desde a promulgação da Lei Paulo Delgado em 2001, a qual expõe uma séria de possibilidades e estratégias para mudanças na gestão manicomial que incentiva a implantação de novas modalidades de atendimento, expressos como direitos garantidos, assim descritos no primeiro texto da referida lei:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua

saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; [...] VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL/MS, 2001).

Vejamos, pois, que as experiências verificadas na área de saúde mental, apontam para necessidade de estabelecer laços intersetoriais, amarrados através do paradigma da interdisciplinaridade, como elementos que se somam para atender as demandas corriqueiras dos serviços substitutivos, especialmente dos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas mais diferentes modalidades.

Dessa forma, tal política nos insere numa realidade que necessita de constantes modificações, remodelagens e de efetivas intervenções, no sentido de implementar as premissas defendidas pela Reforma Psiquiátrica, dentre estas destacamos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como espaços de mediação entre equipes e serviços, visando subsídios para a efetivação de ações destinadas ao público usuário dos serviços substitutivos no campo da saúde mental. Conforme atesta-se abaixo:

Nos conceitos apresentados acerca da metodologia que se volta para essa prática, atenta-se para o fato de que com o aprimoramento das análises teóricas o trabalho interdisciplinar mesmo que não tenha consenso enquanto conceito, orienta os serviços adeptos dessa prática como forma de guia na sua efetivação, ressalta-se ainda que essa metodologia se volta para grande área das ciências humanas em suas diferentes facetas e não se limita apenas a questões pedagógicas de cunho educacional, mas orienta para uma aplicabilidade dessa prática para a natureza dos serviços que estejam envolvidos nessa grande área (SOUZA e ALVES 2015)

Assim, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade tem um papel fundamental no âmbito da assistência, o qual diz respeito à defesa e efetivação de atitudes parceiras que favoreçam vínculos no desenvolvimento de ações complementares, interligando os serviços de forma a garantir a integralidade na assistência as pessoas ou cidadãos em situação de vulnerabilidade ou risco social.

Para mudar esse quadro, acredita-se que descentralização de poderes, a formação continuada em saúde possa cooperar para a construção de um consenso na oferta e operacionalização dos serviços. Temos, pois, que o trabalho realizado ou efetivado em rede, supera a fragmentação de ações, levando o indivíduo (ser social) a uma prática democratizadora, no âmbito da garantia de direitos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carmen Silva. **O Serviço Social na rede de saúde mental em Campina Grande – PB: limites e possibilidades da prática profissional à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira** Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA - João Pessoa, 2009. Disponível em <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/8372> acesso em junho de 2016.

BRASIL. (2004). **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. Em S. E. Ministério da Saúde. Brasília: MS. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2002 / Ministério da

Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5ª Ed. Ampliada. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL/MS. (06 de abril de 2001). LEI n.10.216. Fonte: Planalto.gov.br: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

SOUZA, M. J. & ALVES, C.S (2015). A interdisciplinaridade na saúde mental. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, 99-116.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. HUCITEC; São Paulo: 2010.

SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADES MASCULINAS: CONTRIBUIÇÕES PARA À SAÚDE DO HOMEM NA CONTEMPORANEIDADE

Edilane Nunes Régis Bezerra

Psicóloga, Pesquisadora, Mestre em Psicologia pela UFRN e Doutora em Psicologia Social pela UFPB.

João Pessoa – Paraíba

RESUMO: Atualmente, tem sido alvo de inquietações o fato de que a população masculina pouco se utiliza dos serviços de saúde, especialmente no nível de atenção básica, buscando tratamento para os agravos de sua saúde geralmente quando já se demanda serviços de natureza especializada. O adoecimento psíquico, com destaque para os Transtornos Mentais Comuns (TMC), é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, comprometendo a saúde das populações e representando elevado ônus para a saúde pública. Não obstante, é notória a incipiência dos estudos com o enfoque acerca das necessidades de saúde masculina, no âmbito da atenção primária. Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns em homens residentes no contexto urbano de João Pessoa/PB, associados com fatores socioeconômicos, de estilos de vida, busca por atendimento e saúde mental. Foi aplicado um conjunto de instrumentos: SRQ-20 (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos); questionário sociodemográfico e

entrevistas semiestruturadas, com base no método de cenas, com o intuito de compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana e, assim, decodificar as dimensões da vulnerabilidade, enquanto método de análise empregou-se a análise temática. Evidencia-se que grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre de aspectos culturais. Ao sentirem-se fortes, resistentes e invulneráveis, podem não adotar comportamentos preventivos e, tampouco acessar os serviços de saúde. Buscam ajuda médica e psicológica quando não suportam mais, sentindo-se intensamente atingidos pelo adoecimento, especialmente quando a situação socioeconômica é desfavorável.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Homem, Saúde Mental, Vulnerabilidades.

ABSTRACT: At present, the fact that the male population has little use of health services, especially at the level of basic care, has been a cause for concern, seeking treatment for their health problems generally when it is already demanded services of a specialized nature. Mental illness, especially Mental Disorders (CMD), is one of the major problems facing us today, which compromises the health of the population and represents a high burden on public health. Nonetheless, the incipience of

studies focusing on male health needs in primary health care is notorious. This study aims to estimate the prevalence of common mental disorders in men living in the urban context of João Pessoa/PB, associated with socioeconomic factors, lifestyle, search for care and mental health. A set of instruments was applied: SRQ-20 (tracking of non-psychotic mental disorders); sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews, based on the method of scenes, in order to understand the meanings people attribute to the different dimensions of their daily life and, thus, to decode the dimensions of vulnerability, as a method of analysis was used the thematic analysis. It is evident that a great part of the non-adherence to the measures of integral attention, on the part of the man, stems from cultural aspects. When they feel strong, resistant and invulnerable, they may not adopt preventive behaviors, nor access to health services. They seek medical and psychological help when they no longer support them, feeling intensely affected by illness, especially when the socioeconomic situation is unfavorable.

KEYWORDS: Men's Health, Mental Health, Vulnerabilities.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), a população masculina paraibana atual é de 1.824.495, sendo 794.310 com idade entre 21 e 59 anos e, destes, 163.107 residentes na capital. Levou-se em consideração, primeiramente, a organização da assistência em saúde na Paraíba. No âmbito da organização da assistência à saúde, o território estadual da Paraíba, de acordo com os dados do governo do estado, Paraíba (2015), encontra-se dividido atualmente em 04 macrorregiões de saúde e 16 Regiões de Saúde.

De acordo com Fortes, Villano e Lopes (2008), verifica-se na população mundial um número crescente de pessoas que sofrem com enfermidades mentais, cujas consequências, individuais e sociais, reforçam a necessidade de identificação precoce, para orientar intervenções individuais e coletivas.

Transtornos Mentais Comuns (TMC) foram conceituados por Goldberg e Huxley (1992), incluindo depressão não-psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes. Os TMC abrangem sintomas como: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade, os quais demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo. Transtornos mentais comuns são comumente encontrados em indivíduos com baixa classe socioeconômica, mulheres e separados (COSTA; LUDEMIR, 2005). Usuários de tabaco e álcool, assim como comportamento sedentário também mostraram associações com TMC (PINHEIRO et al. 2007). Estudos encontraram relações de TMC com vulnerabilidade social tais como: baixa escolaridade, menor número de bens, condições precárias de moradia, baixa renda e desemprego.

Ludemir (2000) sinaliza que frequentemente encontrados na comunidade, esses

transtornos representam um alto custo social e econômico, pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde. Contudo, dentre os problemas de saúde pública e coletiva, são de grande importância, os Transtornos Mentais Comuns (TMC), estudos realizados por pesquisadores brasileiros, tais como: Miranda, Carvalho, Fernandes, Silva e Sabino (2009), apontam que os transtornos mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo e afetam 25% da população em alguma fase de sua vida.

No quadro da vulnerabilidade, como ressaltado por Ayres, Paiva e França Jr. (2012), o indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem ser, então, remodeladas para garantir o “comportamento saudável”. O conceito de vulnerabilidade, designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior susceptibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menos disponibilidade de recursos para sua proteção (AYRES; CALAZANS; SALLETI FILHO; FRANÇA JR, 2016). Na perspectiva da vulnerabilidade, as dimensões individuais, sociais e programáticas – políticas, serviços, ações de saúde – de qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificadas e inter-relacionadas pelos sujeitos que de alguma forma estão implicados nesse processo e buscam compreender o que ele significa.

Outro aspecto que merece ser discutido são os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e a busca dos serviços de saúde. A perspectiva do cuidado masculino pode seguir um caminho positivo quando incorpora a ideia de que ao homem também é permitida uma atenção consigo próprio. Por outro lado, esse cuidado também pode distanciá-lo da saúde em geral quando atinge o limite do culto extremado ao corpo. Alguns homens, quando promovem o cuidado de seu corpo, cultivam um extremo fisiculturismo e, nesse aspecto, o cuidado de si pode transformar-se em risco de adoecimento (GOMES, 2010).

2 | METODOLOGIA

Foi aplicado um conjunto de instrumentos: *Self Report Questionnaire 20- SRQ-20* (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos); Questionário Sociodemográfico, Estilo de vida e violência, Cuidados em saúde mental, Acesso e atendimento nos serviços de saúde, aplicados com 432 participantes. Ademais, a partir dos resultados obtidos no SRQ-20, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 15 homens do contexto urbano, com idade entre 24 e 59 anos, com base no método de cenas, com o intuito de compreender os sentidos que as pessoas atribuem para as diversas dimensões da sua vida cotidiana e, assim, decodificar as dimensões da vulnerabilidade.

Enquanto método de análise empregou-se a análise temática (Minayo, 2010). A

pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ-JP, recebendo parecer favorável nº 316.559/13 e cumpre todas as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes receberam informações acerca das fases da investigação e seus objetivos e, assinaram o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido. Após aprovação no comitê de ética, deu-se início a pesquisa de campo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da aplicação do SRQ-20 e dos questionários: sociodemográfico, estilo de vida e violência, cuidados em saúde mental, acesso e atendimento nos serviços de saúde, verificou-se prevalência de 46,3% (N=74) na população masculina na cidade de João Pessoa/PB, a maioria dos participantes com TMC, se encontrava na faixa etária dos 30 aos 49 anos. Na literatura brasileira, a prevalência de TMC na população geral varia entre 22,7% e 35% (LUDERMIR & MELO FILHO, 2002), em homens, esta taxa é de 12,5% a 17% (LOPES, FAERSTEIN & CHOR, 2003). A seguir, serão apresentadas de forma geral, as principais classes temáticas enunciadas, sendo estas: Sintomatologia (principais queixas); Percepção ou banalização do sofrimento; Estilo de vida; Problemas familiares e cuidados com a família; Crise econômica/Dificuldades financeiras; Violência urbana; Isolamento social; Precarização do trabalho; Problemas na autoestima e no convívio social; Procuram assistência à saúde de maneira tardia ou emergencial.

O Transtorno Mental Comum, como já explicado inicialmente, de natureza não psicótica, envolvem um conjunto de sinais e sintomas relacionados, principalmente, às queixas somáticas e sintomas depressivos e ansiosos, geralmente associadas às condições de vida e à estrutura ocupacional. Apesar de abranger uma série de sintomas, de maneira geral, suas **principais queixas** envolvem sintomas físicos, de natureza somatoforme, associados a sintomas relacionados à diminuição da energia vital e, principalmente, queixas somáticas e pensamentos depressivos, como pode ser verificado na fala do participante:

“não durmo bem, não consigo me concentrar direito, não sinto satisfação nas minhas atividades do dia-a-dia, já passou na minha cabeça em acabar com minha vida. Meu estado emocional tá abalado” [Part.08 – 39 anos].

A saúde mental está no cerne do debate acerca das desigualdades e iniquidades em saúde uma vez que os transtornos mentais apresentam nos dias atuais uma das maiores cargas de morbidade, impactando de forma significativa o cotidiano dos indivíduos e familiares, culminando em dificuldades sociais e econômicas na sociedade em geral.

Através das falas verifica-se que os homens do contexto urbano apresentam maior porcentagem de sintomas depressivos (nervosismo, irritação, sentimento de

inutilidade, ideação suicida, dificuldade de concentração, etc.) e, no contexto rural os homens apresentam sintomas somáticos (má digestão, as mãos tremem, dor de cabeça, dormem mal, fadiga etc.).

Em razão disso, há alguns estudos voltados para o rastreamento dos TMC, terminologia vastamente utilizada na literatura da epidemiologia psiquiátrica para a caracterização de quadros sintomáticos que não tenham patologia orgânica associada (PINHO; ARAÚJO, 2012; COSTA; LUDERMIR, 2005), ademais, a manifestação de sintomas somáticos e depressivos/ansiosos foi a que mais demarcou a presença de TMC entre os homens investigados. Tais denominações de acordo com Maragno et al. (2006) e Fonseca et al. (2008), referem-se a configurações clínicas muito semelhantes, ligadas a queixas somáticas inespecíficas como dores no corpo, mal-estar, dores de cabeça, nervosismo, insônia nem sempre classificáveis nas grandes síndromes psiquiátricas.

Outro aspecto observado nas entrevistas foi a **percepção ou banalização do sofrimento** em casa, dos amigos e serviços de saúde por parte. No contexto urbano, os homens entrevistados demonstram conhecimento e conseguem **expressar com facilidade o que sentem** sem vergonha ou discriminação, expressando melhor a sua subjetividade. Embora os sintomas apresentados pelos homens sejam semelhantes, não se pode afirmar que estes sofram da mesma maneira e com a mesma intensidade. A forma como estes sintomas vão afetar as suas vidas, vai depender das vivências de cada um, bem como de cada contexto de vida, da existência de apoio e dos recursos (internos e externos) que estes dispõem para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia. Outro aspecto que merece sinalizar é que a demonstração destas variedades de sintomas de acordo com Medeiros (2003) pode ser tanto causa como consequência do sofrimento. A exemplo, podemos constatar na fala do participante, quando menciona que homem chora, principalmente, quando passam por dificuldades em seu cotidiano.

“(...) falar todo mundo fala que homem não chora, eu quero ver na realidade. Eu sou uma pessoa muito emotiva, eu choro mesmo, não escondo isso, estou passando por dificuldade financeira, isso me preocupa e me faz chorar, pois não vejo melhoras, não vejo perspectivas de melhorar. Ver um filho seu pedindo algo e você não puder dar, pra conter as despesas, é triste” [Part. 02 – 40 anos].

Pela compreensão que o processo de adoecer envolve diferentes aspectos, na qual a saúde emerge como um fenômeno que deve ser tomado na interface com o contexto social e seus condicionantes, nos planos objetivo e subjetivo. Contudo, a saúde mental é intrínseca à saúde e ao bem-estar do indivíduo, sendo resultado da interação de diversos fatores (PATEL et al., 2010), designadamente genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Desta maneira, verificaram-se no espaço urbano, **estilos de vida** diferenciados. No urbano, a busca por uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos regularmente, são vistos como importantes para a saúde física e psicológica. No contexto urbano os participantes 05 e 09 alegaram fazer atividade física regularmente.

“todos os dias ao sair do trabalho, corro pra academia. Faço por saúde, manter o peso, ter qualidade de vida” [Part. 05 – 31 anos].

“três vezes por semana vou pra academia. Me sinto bem. Melhora meu bem-estar físico e mental quando vou pra academia. Procuro descarregar as tensões. Faço exercícios regularmente” [Part. 09 – 27 anos].

Os entrevistados ressaltam em seus discursos a preocupação com a saúde como algo importante, necessário para um estilo de vida saudável. Tendo como exemplo de comportamentos saudáveis: a boa alimentação, evitar estresse, realizar visitas regulares aos médicos, praticar atividade física. A preocupação com a saúde, é hoje, um discurso considerado socialmente desejável, o que pode trazer mais um elemento de tensão em direção à mudança nas práticas de cuidado à saúde masculina.

Na atualidade, todas as organizações de saúde estão cientes de que a maioria das enfermidades está articulada com o estilo e a qualidade de vida. Entre os hábitos mais recomendados para se ter uma vida saudável nas sociedades contemporâneas está a atividade física, aliada imprescindível para se alcançar e se manter uma boa saúde. O sedentarismo, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como o gasto de calorias abaixo de 2.200 pontos por semana, ao contrário, se associa a vários agravos à saúde (GOMES; MINAYO, 2016).

Observou-se também uma maior ênfase colocada pelos homens as preocupações do dia-a-dia, situações no cotidiano causadoras de estresse como causas para seu sofrimento, destacando-se em ambos os contextos, **os problemas familiares e cuidados com a família**. Os problemas de saúde na família com parentes próximos, bem como os cuidados com os filhos foram citados pelos entrevistados. Esse lugar do homem enquanto responsável pela família, portanto, não se situou apenas no campo financeiro como mostrou nosso estudo de campo, mas também enquanto responsável pelo cuidado dos seus integrantes.

Assim, identificou-se no contexto urbano, que o homem também compartilha com a mulher o cuidado familiar, de maneira que mesmo estando bastante presente nas suas falas a falta de tempo para procurar os serviços de saúde devido ao trabalho, percebeu-se que, paradoxalmente, conseguiam dispor de tempo para se deslocar até um serviço de saúde em busca de cuidados para os filhos ou esposa. Isso nos faz refletir acerca do lugar do cuidado que o homem reserva para sua saúde estar sempre em última instância, pois em primeiro lugar está a responsabilidade de prover as necessidades do lar. Como pode ser observado na fala do participante: *“minha preocupação é mais fora do trabalho, com a família, porque a gente que tem filho, que tem família se preocupa muito, principalmente quando os filhos adoecem”* [Part. 02 – urbano, 40 anos].

Por outro lado, tal aspecto insere o homem em uma atividade tida até então como feminina: o cuidado com os membros da família (BARKER, 2010). Acompanhar a educação e a saúde dos filhos constituiu-se, por muito tempo, uma responsabilidade das mulheres e que ocorre, na atualidade, a ser compartilhada com os homens.

Percebe-se, nos dias atuais, uma maior inserção dos homens na educação e cuidados com os/as filhos/as. Dessa maneira, Sayão (2005) procura re-significar as vivências e narrativas masculinas como uma experiência construída coletivamente e em oposição ao modelo que preconiza a educação e o cuidado infantil como uma função exclusivamente feminina.

Cabe destacar algumas associações, feitas pelos homens, entre a incidência de TMC e situações estressoras no dia-a-dia, como, por exemplo, migração de filhos/as para grandes centros urbanos ou outras cidades em busca de emprego; problemas de saúde (pessoal e de familiares); internação hospitalar de parentes; problemas conjugais; vulnerabilidades (dificuldades financeiras, desemprego), no âmbito urbano: criminalidade (assaltos ou roubos); violência no trânsito; problemas conjugais; luto/morte de parente próximo; problemas graves de saúde; problemas de saúde (pessoal e familiar); vulnerabilidades (baixos salários; dificuldades financeiras, desemprego). Esses estressores foram apontados como causa de cefaleias, depressão, insônia, falta de apetite, cansaço, nervosismo, preocupação etc., sintomas que foram rastreados pelo SRQ-20 e confirmados pelos entrevistados.

Dentre os motivos citados pela maioria dos participantes como causa de adoecimento foi a **crise econômica/dificuldades financeiras** vivenciada nos últimos anos no âmbito brasileiro, afetando as dinâmicas familiares, devido as condições socioeconômicas, acarretando problemas financeiros, aumento do número de desempregados; bem como a violência urbana (insegurança, assaltos, roubos, congestionamento e brigas no trânsito) o que vem a levar a um aumento do isolamento social. Vejamos no discurso dos participantes abaixo.

“por conta das dificuldades financeiras, não consigo pensar direito, durmo mal, não tenho vontade de comer. Acho que é isso” [Part.05 – 31 anos].

“outro aspecto que me deixa preocupado são os problemas financeiros, estou devendo, tenho muitas contas pra pagar” [Part.08 – 39 anos].

Os relatos de preocupações com a insegurança econômica e as dívidas, deslocamento dos parentes para outras regiões do país em busca de emprego, as dificuldades financeiras que impedem a aquisição de bens materiais, alimentos, consultas médicas e remédios, são frequentes entre os homens entrevistados. Todavia, as dinâmicas familiares são afetadas pelas condições socioeconômicas, que produzem impactos negativos no cotidiano dos homens, de ambos os contextos, resultando em preocupações, tristeza e insatisfação com a vida. O que corrobora com os estudos de Antunes (2015), Pinheiro e Monteiro (2007) tais aspectos, associado à precariedade na oferta de profissionais e serviços de saúde e assistência social nesses territórios, produz aumento da vulnerabilidade e tem forte impacto na saúde mental. O aumento de consumo de álcool e sofrimento mental em tempos de situações de crise econômica com aumento do desemprego, com o trabalho precarizado e a estruturação instável e competitiva das economias são aspectos relatados na literatura (ANTUNES, 2015;

PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

O surgimento de muitas doenças mentais está relacionado com os lugares e ambientes em que as pessoas vivem e com as fases do seu ciclo de vida (WHO; Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Por isso, está relacionado com características de urbanidade e de ruralidade (LOUREIRO, COSTA, ALMENDRA, FREITAS). O desemprego, aliado as dificuldades financeiras levam os homens das cidades rurais e do contexto urbano a uma maior vulnerabilidade social, acarretando para o adoecimento masculino.

Na tentativa de compreender essa trama de fatores que afeta a vida de milhões de pessoas no mundo (DIMENSTEIN; LEITE; MACEDO; DANTAS, 2016) destacam que em cenários desfavoráveis economicamente, há o recrudescimento de sentimentos de insegurança, desproteção, incerteza, instabilidade, medo, os quais enfraquecem os fatores protetores da saúde mental e alteram o padrão de utilização dos serviços de saúde, com aumento considerável de consultas e internações.

Outro aspecto que merece atenção é o aumento da **violência urbana** (insegurança, assaltos, roubos, congestionamento e brigas no trânsito) o que vem a levar a um aumento do isolamento social, todavia, mais um motivo que leva ao adoecimento psíquico dos homens nas cidades urbanas. Como pode ser observado na fala do participante a seguir.

“durante o trabalho, fui assaltado. Passei os piores momentos da minha vida, foi horrível, fiquei traumatizado. Levei dois tiros, um no maxilar e outro nas costas, próximo a coluna cervical. Passei um ano me recuperando, quase não voltava a andar (...) chorava com frequência e isso me deixou abalado psicologicamente, fiquei traumatizado. Deixei de exercer a função de motorista, pois não conseguia, fiquei com trauma (...) meu estado emocional tá abalado. Tenho fobia para sair de casa” [Part.08 – 39 anos].

Sabe-se que a exposição às situações de violência pode acarretar diversos sofrimentos, muitas vezes, diagnosticados como transtornos psiquiátricos e, conseqüentemente, medicados como tal: “os fenômenos de violência, de forma direta ou indireta, têm como efeito sobre as pessoas o **isolamento social**, o pânico, o consumo de drogas, a depressão e a melancolia, além de defesas agressivas que potencializam, de modo geral, laços mais violentos” (COSTA, 2004, p. 243).

Os processos de urbanização rápida e extensiva, fenômeno atual (cidades dos países em desenvolvimento) e global, produzem impactos negativos na saúde e bem-estar da população e das comunidades, gerando desigualdades e iniquidades (SANTANA, 2005). Quando o planejamento territorial e os modelos de governança e desenvolvimento não conseguem ajustar face aos fenômenos do crescimento/atração da população urbana, vários problemas são potencializados como o congestionamento de tráfego, poluição, degradação ambiental, inadequação/falta de habitação, infraestrutura e serviços, formação de guetos e bolsas de pobreza, com conseqüências negativas na saúde, qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

As características ambientais dos territórios (onde se nasce, cresce, vive, trabalha

e envelhece) podem produzir impactos positivos ou negativos na saúde mental individual e coletiva, funcionando como seus “determinantes ambientais” (WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2014; WHO, 2011). Estas representam riscos mais elevados de doença mental em alguns grupos sociais, considerando a sua maior exposição e vulnerabilidade a ambientes sociais, econômicos, físicos e construídos desfavoráveis (WHO; CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) enfatizou a relação entre situações de vulnerabilidade e problemas de saúde mental. O isolamento e a exposição cotidiana à violência e abusos podem causar sintomas psicossomáticos, uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, etc. Da mesma forma, a saúde mental é impactada negativamente quando ocorre violação dos direitos civis, culturais, políticos e sociais, ou ainda quando os grupos sociais são excluídos das oportunidades de geração de renda ou educação, o que traz implicações particulares para as populações rurais que sofrem historicamente com a pobreza e precariedade nas condições de vida.

As condições de saúde têm sido agravadas pela **precarização do trabalho**, gerando uma mudança no perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores. Nesse processo é ressaltado que as doenças relacionadas ao trabalho aumentam consideravelmente, dentre elas se encontram os transtornos mentais comuns. De acordo com Silva, Novato-Silva, Faria e Pinheiro (2005), o século XX foi marcado por diversas mudanças tecnológicas e organizacionais que impactaram o universo da produção, provocando transformações nos processos e relações de trabalho.

O trabalho é uma das dimensões fundamentais à vida, se constitui em elemento centralizador na vida das pessoas, determinante primordial da forma pela qual as sociedades se organizam e meio pelo qual o homem constrói seu universo material/cultural e garante sua sobrevivência.

O trabalho, com todas as suas implicações, pode acarretar ao trabalhador disfunções e lesões biológicas, além de reações psicológicas, desencadeando processos psicopatológicos relacionados às condições em que é desempenhado. Várias são as condições que podem predispor o trabalhador a situações de sofrimento do trabalho, todas impactando em sua saúde física e mental: fatores relacionados ao ritmo e ao tempo, jornadas longas com poucas pausas, turnos à noite, pressões de chefias por maior produtividade, entre outras (SILVA; SOUZA-JÚNIOR; CÂNEO; LUNARDELLI, 2009).

Os transtornos mentais estão entre as principais causas de perdas de dias no trabalho, sendo que os transtornos mentais menores (leves) causam em média perda de quatro dias de trabalho/ano e os transtornos mentais maiores (graves), cerca de 200 dias/ano (DEMYTTENAERE et al., 2004). Problematizando a relação trabalho-saúde, Dejours (1992) defende que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, podendo tanto favorecê-la, quanto contribuir para o adoecimento. Deste modo, faz-se necessária não a verificação mecânica dos “impactos” do trabalho sobre os indivíduos, mas uma análise que leve à compreensão da complexidade da dinâmica das relações

sociais.

A importância que o trabalho assume na constituição da subjetividade da pessoa, suas características individuais, assim como sua história de vida e de trabalho, são fundamentais para compreender os agravos que acometem à saúde física e mental do trabalhador. Ademais a descrição detalhada da situação de trabalho, envolvendo o ambiente, a organização e a percepção da influência do trabalho no processo de adoecer, também pode acarretar **problemas na autoestima e no convívio social**, como pode ser verificado na fala dos participantes

“faz dois anos que faço terapia. Tive depressão, não queria sair de casa, tinha medo de passar pela mesma situação (...) tenho fobia pra sair de casa” [Part. 08 – 39 anos].

“quero concluir o curso universitário, mas me acomodei. O trabalho consome muito da sua energia, mentalmente e fisicamente. No final do dia fico exausto, sem ânimo pra nada, autoestima pra baixo, não consigo sair pra me divertir, não tenho ânimo” [Part. 10 – 24 anos].

Diante das dificuldades laborais, verifica-se uma baixa autoestima entre os entrevistados e a necessidade de um equilíbrio emocional para execução das atividades por conta da sobrecarga e pressão no trabalho, insatisfação e falta de reconhecimento, além do cansaço/indisposição. As falas acima mostram que os efeitos que o TMC provoca na vida dos homens vão além da sintomatologia. Baixa autoestima, prejuízos nas relações sociais e de trabalho, sentimentos de inutilidade, são apenas alguns exemplos.

Contudo, constata-se que os cuidados destinados a este transtorno não está simplesmente ligado ao controle ou a remissão de sintomas, mas envolve diretamente o modo como os homens lidam com esse fenômeno no seu cotidiano e o significado que estes assumem em suas vidas. Aspectos individuais, sociais e programáticos podem ser verificados nestes contextos. Ações interdisciplinares e intersetoriais surgem assim como dispositivos primordiais, de grande relevância para o desenvolvimento de novas práticas voltadas para o cuidado integral dos homens.

No Brasil, a construção da “saúde masculina” como alvo de políticas e de pesquisas é recente. Sua promoção continua sendo um desafio para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) destaca que homens podem apresentar mais riscos e morrem mais precocemente que mulheres, mas recorrem significativamente menos aos serviços de saúde, particularmente, de atenção primária. Segundo a Política, a saúde masculina deve ser promovida em consonância com as diretrizes nacionais para o Sistema Único de Saúde, que conferem lugar central e ordenador à Atenção Primária e à Estratégia Saúde da Família. Vejamos na fala entrevistado, a seguir:

“realmente eu percebo que os homens procuram pouco os serviços de saúde, tiro por mim. Isso poderia melhorar através da educação, educar o homem para ir ao médico, porque o homem nunca tá doente, sempre tá bem, porque o homem é o

machão, nunca adocece, não quer ir ao médico” [Part. 02 – 40 anos].

Em face a esta realidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída em 27 de agosto de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 1944, orientou a formulação de diretrizes e ações voltadas fundamentalmente para a atenção integral, com vistas à prevenção e promoção da saúde, à qualidade de vida e à educação, como dispositivos estratégicos de incentivo às mudanças comportamentais (BRASIL, 2008). Adicionalmente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos prioritários na Estratégia Saúde da Família.

Contudo, muitas são as proposições e/ou justificativas para a pouca presença masculina nos serviços de atenção primária à saúde. De acordo com Figueiredo (2005) por um lado, associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse aspecto, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Os homens **procuram assistência de maneira frequentemente tardia ou emergencial**, priorizam a lógica da cura ou do alívio imediato dos sintomas, procurando o médico quando já apresentam doença manifesta, Capilheira e Santos (2006) e Fernandes et al. (2009) afirmam que há uma maior utilização dos serviços por indivíduos que percebem sua saúde como regular ou ruim.

O cuidado com a saúde articulado à procura pelos serviços, citado pela maioria dos entrevistados como sendo o último recurso buscado quando já se está bastante debilitado. Tais colocações podem ser observadas, na fala abaixo.

“não sou de procurar médico não, geralmente só na hora que precisa mesmo, em última instância. Só quando estou com algum sintoma, uma dor, mas dificilmente procuro. Fiz o de próstata porque minha mulher e filha insistiu e marcou pra ir comigo” [Part. 06 – 51 anos].

Em pesquisa realizada visando explicar a baixa procura dos serviços de saúde pelos homens, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) revelam que as explicações elaboradas pelos entrevistados giram em torno de um único eixo estruturante: papéis a serem desempenhados para atestar a identidade masculina ou o que se entende por ser homem. O cuidar é associado ao feminino, ou seja, “a mulher se cuida mais do que o homem” ou “o homem não foi criado para se cuidar”.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito mais específico da saúde mental, é crescente o interesse em compreender o sofrimento psíquico em suas várias dimensões, ante os problemas

enfrentados no cotidiano, sobretudo junto a segmentos populacionais que escapam aos códigos hegemônicos e para os quais não se conta com respostas claras dentro do modelo biomédico. O processo de adoecimento também é um processo intersubjetivo, em que emerge como um fenômeno que deve ser tomado na interface com o contexto social e seus condicionantes, nos planos objetivo e subjetivo. Especificamente com relação ao TMC, acredita-se, sob estes preceitos, que o desenvolvimento do seu conjunto de sintomas não é um processo fixo, imutável e resultado de causas específicas, mas é uma forma de adoecimento que se deve levar em consideração a dimensão subjetiva que se desenvolve no decorrer da vida, apresentando diferentes significados, com base nas vivências e no contexto em que as pessoas estão inseridas.

Não podemos silenciar quando o assunto é a saúde mental masculina, as equipes de saúde devem ficar atentas e qualificadas para receber a população masculina nos serviços de saúde, sobretudo quando se trata das vivências de masculinidades. Os homens chegam até os serviços, mas e nós? Estamos preparados para recebê-los? Conseguimos chegar até estes homens?

Faz-se necessário iniciar investimentos na saúde do homem, com comprometimento dos diferentes níveis de gestão, levando responsabilidades e competências no cuidado em saúde mental até os menores municípios, realizar atividades nos serviços de saúde, em pontos de grande movimentação nas cidades, de forma a incentivar os homens a cuidarem da saúde física e mental. Mostrar com riqueza de detalhes a importância da saúde do homem, explicar que existe uma política de saúde voltada, exclusivamente, para a população masculina. É de grande relevância, buscar ampliar a divulgação dessa política, seja através de ações nos serviços de saúde, seja através de divulgações com materiais impressos (banners, panfletos) e/ou com propagandas em rádio, na mídia, em escolas públicas e privadas, universidades públicas e privadas, palestras, encontros semanais com os profissionais de saúde, incentivar as famílias a participarem e disseminar o máximo de informações sobre saúde do homem nos contextos urbano e rural. E com isso, informar com clareza e linguagem acessível à importância de cuidar da saúde mental masculina.

Pretende-se com este estudo contribuir para pesquisas referentes à saúde do homem, bem como para uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina, a partir da própria dimensão de gênero que se advoga uma abordagem também do masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres necessitam ser vistos em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações sociais mais amplas que estabelecem. Vale destacar, também, a necessidade de identificação precoce do transtorno mental comum na população masculina, para orientar intervenções individuais e coletivas, na prevenção e promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. DE. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: D. Czeresnia, & C.M. Freitas. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ANTUNES, J.A.P. Crise econômica, saúde e doença. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 16(2), 274-284, 2015.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C. S.; & FRANÇA JÚNIOR, I. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina., & FREITAS, Carlos Machado de. (Orgs.). **Promoção de saúde Conceitos, reflexões, tendências** (pp. 116-138). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 4ª reimpressão, 2016.
- AYRES, J.R.C. M.; PAIVA, V.; & BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita., & BUCHALLA, Cassia Maria. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde** (pp. 71-94). Curitiba: Juruá, 2012.
- BARKER, G. Trabalho não é tudo mais é quase tudo: homens, desemprego e justiça social em Políticas Públicas. In: B. Medrado; J. Lyra; M. Azevedo; J. Brasilino. (orgs.) *Homens e Masculinidades: Práticas de Intimidade e Políticas Públicas*. Recife: PAPAÍ, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília/DF, 2008.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: D. Czeresnia & C.M. Freitas (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CAPILHEIRA, M.F., & SANTOS, I.S. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. **Rev saúde pública**, 40(2), 289-297, 2006.
- COSTA, A. B. Exclusões sociais. Lisboa: Gradiva, 2004.
- COSTA, A. G.; & LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 21, v. 1, 73-79, 2005.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez. 1992.
- DEMYTTENAER, E, K. et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **JAMA: The Journal of the American Medical Association, United States**, v. 291, n. 21, 2004.
- DIMENSTEIN, M., LEITE, J., MACEDO, J.P., DANTAS, C. **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios; Brasília: Cnpq; Natal: UFRN; Teresina: UFPI; Fapepi, 2016.
- FERNANDES, L.C., BERTOLDI, A.D., BARROS, A.J.D. (2009). Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online], 43(4), 2009.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. e saúde coletiva**, 10(1), 105-109, 2005.
- FONSECA, M. L. G. et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de APS**, América do Norte, 2008.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 30, n. 1, 32-37, 2008.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a biosocial model**. London: Tavistock, 1992.

GOMES R., NASCIMENTO E.F., & ARAÚJO, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. de saúde pública**; 23(3), 565-574.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Editora UNESP, 2010. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios**. Brasil, 2010.

GOMES, R; MINAYO, M. C. S. Atividade física como parte importante da saúde em todas as idades. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, núm. 4, abril, 2016, p. 998.

LOPES, C.S., FAERSTEIN, E., & CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(6), 1713-1720, 2003.

LOUREIRO, A., COSTA, C., ALMENDRA, R., FREITAS, Â., & SANTANA, P. The sócio-spatial contexto as a risk fator for hospitalization due to mental illness in the metropolitan areas of Portugal. **Cadernos de Saúde Pública**, 31(1), 219-231, 2015.

LUDERMIR, A. B.; & MELO-FILHO, D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, vol. 2, n. 36, 213-221, 2002.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*. 16(3), 647-659, 2000.

MARAGNO, L., GOLDBAUM, M., GIANINI, R. J., NOVAES, H.M.D., CÉSAR, C.L.G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 22(8), 1639-1648, 2006.

PARAÍBA, Governo do Estado. Coordenação de Saúde Mental da Paraíba. (2015). Regionalização da Saúde. Disponível em <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/estabelecimentossaude/caps>. Acesso em: 10 de jan. de 2018.

PATEL, V., LUND, C., HATHERIL, S., PLAGERSON, S., CORRIGALL, J., & FUNK, M. Mental disorders: equity and social determinants. In: E. Blas & A. Kurup (Eds.), **Equity, social determinants and public health programmes** (pp. 115-134). Geneva: World Health Organization, 2010.

PINHEIRO, L. R. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cienc. Saúde Colet.**, 7(4), 687-707, 2002.

PINHEIRO, L. R. S.; & MONTEIRO, Janine Kieling. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. **Cad Psicol Soc Trab**, vol. 10, n. 2, 35-45, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v10n2/v10n2a04.pdf>. Acesso em: 01 de julh. de 2018.

PINHO, P.S., & ARAÚJO, T.M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 15(3), 560-572, 2012.

SANTANA, P. **Geografias da saúde e do desenvolvimento**. Evolução e tendências em Portugal. Coimbra: Editora Almedina, 2005.

SAYÃO, D. T. **Relações de Gênero e Trabalho Docente na Educação Infantil**: Um Estudo de Professores em Creche. Florianópolis: Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

SILVA, G.G.J., SOUZA, M.L.P., JÚNIOR, E. G., CÂNEO, L.C., LUNARDELLI, M.C.F. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 34 (119): 79-87, 2009.

SILVA, J. M., NOVATO-SILVA, E., FARIA, H.P., & PINHEIRO, T.M.M. Agrotóxico e Trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4), 891-903, 2005.

WHO., CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. **Social Determinants of Mental Health**. Geneva, 2014.

WHO. World Health Organization. **Impact of economic crises on mental health**. Copenhaga, 2011.

SOBRE OS ORGANIZADORES

NAYARA ARAÚJO CARDOSO Graduada com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia – ESAMAZ. Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral. Membro do Laboratório de Fisiologia e Neurociência, da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, no qual desenvolve pesquisas na área de neurofarmacologia, com ênfase em modelos animais de depressão, ansiedade e convulsão. Atualmente é Farmacêutica Assistente Técnica na empresa Farmácia São João, Sobral – Ceará e Farmacêutica Supervisora no Hospital Regional Norte, Sobral – Ceará.

RENAN RHONALTY ROCHA Graduado com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica e Gestão de Farmácia Hospitalar pela Universidade Cândido Mendes. Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Faculdade Farias Brito. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Farmacêutico da Farmácia Satélite da Emergência da Santa Casa de Sobral, possuindo experiência também em Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico. Membro integrante da Comissão de Farmacovigilância da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Farmacêutico proprietário da Farmácia Unifarma em Morrinhos. Foi coordenador da assistência farmacêutica de Morrinhos por dois anos. Mestrando em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará.

MARIA VITÓRIA LAURINDO Graduada com titulação de Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário INTA – UNINTA. Foi bolsista no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) no setor de Quimioterapia, participei do programa de monitoria na disciplina de Patologia Humana e fui integrante do Projeto de Extensão Humanização Hospitalar. Assim como, desenvolvi ações em educação e saúde como extensionista para pacientes parturientes no hospital Santa Casa de Sobral (SCMS).

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-217-3

