Secretaria Municipal de Saúde

PALMAS PREFEITURA

Acervo dos Trabalhos de Conclusão de Residência:

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

2014-2024

Secretaria Municipal de Saúde

Escola de Saúde Pública de Palmas

ACERVO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental 2014-2024

Organização

Ludimila Ines Nunes Prestes

Virginia de Moura Fragoso

Palmas, TO

2025

Secretaria Municipal de Saúde | PALMAS PREFEITURA

Colaboração: Karenina Bezerra Rodrigues Pegado.
Equipe de apoio: Giorge Arão Almeida Carvalho, Hianna da Silva Ferreira, Khaynnann Hakhann de Sousa Rodrigues

Autores(as)
Alderina Costa de Sousa
Aline Maria Dengo
Aline Thaís Santos de Barros
Amanda Gabriela Medeiros Nesello
Andreia Andrade Alves
Andressa Ayres Tavares
Anna Sara Salazar da Silva
Auriane Quixaba da Paixão de Sousa
Benedita Maryjose Gleyk Gomes
Benedita Rafaela Silva Barreiros
Costa, Danyella da Silva Alencar
Costa, Daniella de Souza
Cunha Silva, Raquel Dutra
Damaso Barbosa, Maisa
Daniella Aparecida Araújo Fernandes
Deborah Pereira Amorim
Diego da Silva Trovão
D'Lanuse da Silva Santos, Yngrid
Edielton Barbosa Lucio
Elaine de Souza Sena Meireles
Elis a Alves Borba
Elizangela Cunha Lopes (coautora – coorientação)
Evelin Chayane Pantoja Santos
Fernanda Correa Aires Santos
Fernanda de Oliveira Mota
Fernanda de Sousa Reis
Flavia Noleto Leite
Flavia Saad Guimarães Silva
Francisca Araújo Bentes
Gabrielle Pereira Castro
Gleycielle Silva Magalhaes
Isabella Stefania de Novais Lopes
Jaqueline Luciano da Silva
Jaciane Araújo Cavalcante
Joabia Gomes Amorim
João Alves Rodrigues Junior
Joicy Princeza de Portugal
Juliana Gomes Martins
Juliana Santos Simões
Julliani Conceição Marques Godinho
Lilia Fernandes de Moraes
Lohane Stéphanny Barbosa Lopes
Lucas, Rhuan Carlos Cavalcante
Maisa Carvalho Moreira
Maisa Reis Nunes
Maguylene Rosa da Silva
Marcela Saraiva Leal
Marciel Dantas Carvalho
Márcia Vânia Pereira de Oliveira
Maria de Fátima Pereira de Carvalho
Mariana Borges Sousa Alves
Maurielle de Castro Ferreira
Mayla Aires Amaral Pimenta
Millena Melo Fernandes
Monyck Isabhelly Moura Barbosa Oliveira
Naiara Cardoso dos Santos Mascarenhas
Naiara Mesquita Almeida
Nathalia Guida Cariolano
Neci Sena Ferreira
Neyva da Silva Moraes
Paulianny Mirelly Goncalves de Sousa
Pereira de Oliveira, Márcia Vânia
Priscylla Cassol
Rayana Rodrigues Lira
Rayane da Silva Oliveira
Reis, Fernanda de Sousa
Rhuan Carlos Cavalcante Lucas
Rita de Cassia Strapasson
Roberta Barros Guerra
Rubia Mariana Teixeira Guimarães
Sara Fernandes de Oliveira
Stefhane Santana da Silva

Orientadores(as) e Coorientadores(as)
Alessandra Ruita Santos Czapski
Ana Carolina Peixoto do Nascimento
Ariana Campana
Áurea Welter
Cesar Gustavo Moraes Ramos
Daniella Pires Nunes
Darlan Lopes de Farias
Domingos de Oliveira
Elizangela Cunha Lopes (coorientadora)
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Fernanda Vieira Dos Santos (coorientadora)
Jamile Luz Morais Monteiro
Jaciane Araújo Cavalcante
Jonatha Rospide
Jonatha Rospide Nunes
Karolyne Botelho Marques Silva
Lauriane Dos Santos Moreira
Leny Meyre Correa Molinari Carrasco
Ludimila Inês Nunes Prestes
Maria Helena Cariaga
Muriel Corrêa Neves Rodrigues
Natália Pereira Matos (coorientadora)
Neci Sena Ferreira
Paulliany Mirelly Gonçalves de Sousa (coorientadora)
Rosimeire Dos Santos
Tatiana Evangelista Da Silva Rocha
Vanilson Pereira da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P171a Palmas (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Escola de Saúde Pública de Palmas.

Acervo dos Trabalhos de Conclusão de Residência: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental 2014-2024 [recurso eletrônico] / Secretaria Municipal de Saúde, Escola de Saúde Pública de Palmas; organização: Ludimila Ines Nunes Prestes, Virginia de Moura Fragoso; colaboração: Karenina Bezerra Rodrigues Pegado; equipe de apoio: Giorge Arão Almeida Carvalho, Hianna Da Silva Ferreira, Khaynnann Hakhann de Sousa Rodrigues. — Palmas, TO, 2025.
[300] p. ; il. color.

Vários autores
ISBN 978-65-01-81793-4

1. Saúde mental. 2. Residência multiprofissional. 3. Trabalhos de conclusão. 4. Sistema Único de Saúde – Formação. 5. Práticas interdisciplinares em saúde. 6. Educação na saúde. I. Prestes, Ludimila Ines Nunes. II. Fragoso, Virginia de Moura. III. Pegado, Karenina Bezerra Rodrigues.

CDD 362.207208117
CDU 616.89(081)(811.7)
NLM WA 20 DC2 T62

Elaborada por Marcelo Diniz - CRB 2/1533. Resolução CFB nº 184/2017

Secretaria Municipal de Saúde | PALMAS PREFEITURA

SUMÁRIO

TURMA 2014-2016

1. **EDUCAÇÃO PERMANENTE: PERCEPÇÃO E PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PALMAS-TO**
   Autora: Danyella da Silva Alencar Costa
   Orientadora: Tatiana Evangelista Da Silva Rocha

2. **TRANSTORNOS DO PÂNICO: REVISÃO**
   Autora: Jaciane Araújo Cavalcante
   Orientador: Domingos de Oliveira

3. **VIVÊNCIA DO(A) ASSISTENTE SOCIAL DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PALMAS-TO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Lilia Fernandes de Moraes
   Orientador: Jonatha Rospide

4. **A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE PALMAS**
   Autor: Marcos Fabiano Monteiro da Costa
   Orientador: Jonatha Rospide

TURMA 2015-2017

1. **TRABALHO, ESTIGMA E USO DE DROGAS: ENCRUZILHADAS DA INSERÇÃO AO MERCADO ATUAL**
   Autora: Auriane Quixaba da Paixão de Sousa
   Orientadora: Maria Helena Cariaga

2. **ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS**
   Autora: Benedita Maryjose Gleyk Gomes
   Orientador: Jonatha Rospide

3. **GRUPO ARTE E VIDA COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Raquel Dutra Cunha Silva
   Orientador: Jonatha Rospide

4. **A MULHER E A SAÚDE MENTAL:DISCUTINDO A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO EM CAPS AD III.**
   Autora: Rayana Rodrigues Lira
   Orientadora: Lauriane Dos Santos Moreira

5. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CAPS AD III: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autor: Rhuan Carlos Cavalcante Lucas
   Orientador: Domingos de Oliveira

6. **INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Thayse Fernanda Silva Gomes
   Orientadora: Maria Helena Cariaga

TURMA 2016-2018

1. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTAIVAS DE SUICÍDIO EM PALMAS-TOCANTINS, DE 2010 A 2014**
   Autora: Daniela Aparecida Araújo Fernandes
   Orientadora: Neci Sena Ferreira

2. **A IMPORTÂNCIA DE FORTALECER OS VÍNCULOS FAMILIARES DE PESSOAS EM TRATAMENTO NO CAPS AD III DE PALMAS/TO**
   Autora: Elizangela Cunha Lopes
   Orientador: Jonatha Rospide

3. **REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE MENTAL PARA OS ENFERMEIROS DO TERRITÓRIO XAMBIOÁ DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO**
   Autora: Jaqueline Luciano da Silva
   Orientadora: Leny Meyre Correa Molinari Carrasco

4. **MANEJO DA CRISE PSIQUIÁTRICA EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PALMAS-TO**
   Autora: Joicy Princeza de Portugal
   Orientador: Domingos de Oliveira

5. **REFLEXÕES ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS, ESTADO DO TOCANTINS**
   Autora: Maurielle de Castro Ferreira
   Orientadora: Leny Meyre Correa Molinari Carrasco

6. **(DES)INSTITUCIONALIZAÇÃO: CONCEPÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICA E PRÁTICAS COTIDIANAS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
   Autora: Stefhane Santana da Silva
   Orientador: Jonatha Rospide

TURMA 2017-2019

1. **REINSERÇÃO PROFISSIONAL DA MULHER EM TRATAMENTO NO CAPS AD III EM PALMAS-TO**
   Autora: Márcia Vânia Pereira de Oliveira
   Orientador: Jonatha Rospide

2. **DEMANDAS JUDICIAIS: ADESÃO DOS USUÁRIOS AO TRATAMENTO NO CAPS AD III DE PALMAS – TO**

Autora: Mariana Borges Sousa Alves
Orientador: Jonatha Rospide

3. **SAÚDE MENTAL E RAÇA/ETNIA: UM ESTUDO ACERCA DA QUESTÃO RACIAL E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS USUÁRIOS/AS NEGROS/AS ATENDIDOS/AS NO CAPSADIII DE PALMAS/TO.**
   Autora: Naiara Cardoso dos Santos Mascarenhas
   Orientador: Jonatha Rospide

TURMA 2018-2020

1. **CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E OS SERVIÇOS DA REDE INTERSETORIAL DE PALMAS - TO**
   Autora: Elaine de Souza Sena Meireles
   Orientador: Jonatha Rospide

2. **A CONSTRUÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DE PALMAS-TO**
   Autora: Fernanda de Oliveira Mota
   Orientadora: Ludimila Inês Nunes Prestes;
   Coorientadora: Fernanda Vieira Dos Santos

3. **RISCOS DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM RESIDENTES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE PALMAS - TO**
   Autora: Flavia Noleto Leite
   Orientador: Jonatha Rospide

4. **A MÚSICA COMO INSTRUMENTO FACILITADOR EM GRUPO OPERATIVO PARA ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOMUTILAÇÃO NO CAPS II DE PALMAS-TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Flavia Saad Guimaraes Silva
   Orientadora: Leny Meyre Correa Molinari Carrasco

5. **SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO COM TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
   Autora: Isabella Stefania de Novais Lopes
   Orientadora: Ludimila Inês Nunes Prestes

6. **ESTIGMA E DROGADIÇÃO FEMININA: BARREIRAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO E PERMANÊNCIA DAS MULHERES NO ACOLHIMENTO DIURNO OU INTENSIVO 24 HORAS NO CAPS AD III DO MUNICÍPIO DE PALMAS- TO**
   Autora: Maisa Carvalho Moreira
   Orientadora: Alessandra Ruita Santos Czapski

7. **A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Maisa Reis Nunes
   Orientadora: Leny Meyre Correa Molinari Carrasco

8. **ESTUDO SOBRE O ACOLHIMENTO INTEGRAL (24 HORAS) NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DO CAPS AD III DE PALMAS – TOCANTINS**
   Autora: Nathalia Guida Cariolano
   Orientador: Jonatha Rospide

9. **O PROCESSO DE TRABALHO DO FARMACÊUTICO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Neyva da Silva Moraes
   Orientador: Cesar Gustavo Moraes Ramos

TURMA 2019-2021

1. **O PROCESSO DE TRABALHO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE EM SAÚDE MENTAL**
   Autora: Andreia Andrade Alves
   Orientadora: Rosimeire Dos Santos

2. **DESAFIO DA PRÁTICA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PALMAS-TO**
   Autora: Anna Sara Salazar da Silva
   Orientadora: Karolyne Botelho Marques Silva

3. **MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**
   Autora: Benedita Rafaela Silva Barreiros
   Orientador: Jonatha Rospide

4. **PLANO PILOTO DE PREVENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE DOCUMENTAL DE UMA AÇÃO PROPOSTA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE PALMAS – TO**
   Autora: Gleycielle Silva Magalhaes
   Orientadora: Leny Meyre Correa Molinari Carrasco

5. **O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE DO SUICÍDIO: UMA REFLEXÃO DOS INDICADORES SOCIAIS EM PALMAS-TO, 2017-2019**
   Autora: Maguylene Rosa da Silva
   Orientadora: Daniela Aparecida Araújo Fernandes

6. **TRABALHO E ADOECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL**
   Autora: Monyck Isabhelly Moura Barbosa Oliveira
   Autora: Priscylla Cassol
   Orientadora: Daniela Aparecida Araújo Fernandes

7. **ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ATENDIMENTO ONLINE EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Paulianny Mirelly Goncalves de Sousa
   Orientadora: Leny Meyre Correa Molinari Carrasco

8. **VÍNCULO LONGITUDINAL ENTRE CUIDADOR DE IDOSO E RESIDENTES DURANTE A PANDEMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Roberta Barros Guerra
   Orientadora: Daniella Pires Nunes

TURMA 2020-2022

1. **ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL EM TEMPO DE PANDEMIA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Autora: Aline Maria Dengo
Autor: Ramidh Fonseca Feitosa
Orientadora: Ana Carolina Peixoto do Nascimento

2. **O QUE SE ENTENDE POR ACOLHIMENTO NOTURNO PELA EQUIPE DO CAPS AD III DE PALMAS/TO - RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Andressa Ayres Tavares
   Autora: Jacqueline Jhennysser de Almeida Ferreira
   Orientadora: Ana Carolina Peixoto do Nascimento

3. **AVALIAR O PERFIL E A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PROFISSIONAIS DOS CAPS II E AD III DE PALMAS-TO**
   Autora: Daniella de Souza Costa
   Autora: Millena Melo Fernandes
   Orientador: Jonatha Rospide

4. **USO DA AURICULOTERAPIA NO CUIDADO E TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ADMITIDOS NO ACOLHIMENTO INTEGRAL DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD III) DE PALMAS TOCANTINS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Deborah Pereira Amorim
   Orientadora: Ludimila Inês Nunes Prestes
   Coorientadora: Thaydja Rhalline Lopes Campos

5. **ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL ONLINE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID 19: ATUAÇÃO COMO TÉCNICO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL, RELATO DE EXPERIÊNCIA.**
   Autor: Diego da Silva Trovão
   Autora: Lauana Paula Barbacena Garcia
   Orientadora: Leny Meyre Correa Molinari Carrasco

6. **A SAÚDE MENTAL COMO CAMPO DE FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**
   Autora: Francisca Araújo Bentes
   Autora: Rayane da Silva Oliveira
   Orientador: Jonatha Rospide Nunes
   Coorientadora: Elizangela Cunha Lopes

7. **IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM MEIO A PANDEMIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Joabia Gomes Amorim
   Orientador: Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

8. **A EXPERIÊNCIA DE UM PROFISSIONAL RESIDENTE EM SAÚDE MENTAL ATUANDO NA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS**
   Autora: Maisa Damaso Barbosa
   Orientadora: Ludimila Inês Nunes Prestes

TURMA 2021-2023

1. **O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DO CAPS AD III DE PALMAS/TO.**
   Autora: Aline Thaís Santos de Barros
   Orientador: Jonatha Rospide Nunes

2. **PANDEMIA DE COVID 19 EM PALMAS/TO: ENFRENTAMENTOS DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS AD III**
   Autora: Amanda Gabriela Medeiros Nesello
   Orientadora: Ludimila Inês Nunes Prestes
   Coorientadora: Andréia Andrade Alves

3. **AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
   Autora: Gabrielle Pereira Castro
   Orientadora: Ariana Campana

4. **PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS DE PALMAS-TO SOBRE A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA PSICOLOGIA**
   Autor: João Alves Rodrigues Junior
   Orientadora: Ana Carolina Peixoto do Nascimento

5. **DIÁLOGOS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ENTRE O CAPS AD II E A DEFENSORIA PÚBLICA: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**
   Autora: Julliani Conceição Marques Godinho
   Orientadora: Ariana Campana

6. **RODAS DE CONVERSA: ESTRATÉGIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**
   Autora: Marciel Dantas Carvalho
   Orientadora: Ariana Campana

7. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO CUIDADO EM USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL EM PALMAS – TO**
   Autora: Mayla Aires Amaral Pimenta
   Orientadora: Jaciane Araújo Cavalcante

8. **SÍNDROME DE BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL DE PALMAS APÓS A PANDEMIA DO COVID-19**
   Autora: Natália de Amorim Mota
   Orientadora: Jaciane Araújo Cavalcante

9. **AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM USUÁRIOS DO CAPS AD III DE PALMAS/TO**
   Autora: Suelânia de Andrade Barbosa Silva
   Orientadora: Áurea Welter

10. **NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DO CAPS AD III ACERCA DE ATENDIMENTOS A ADOLESCENTES DO CENTRO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PALMAS/TO**
    Autora: Yngrid D' Lanuse da Silva Santos
    Orientador: Vanilson Pereira da Silva

TURMA 2022-2024

1. **OS PRIMEIROS RELATOS DE PACIENTES COM IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PALMAS, TOCANTINS: O QUE É POSSÍVEL IDENTIFICAR?**
   Autora: Alderina Costa de Sousa
   Orientador: Jonatha Rospide Nunes
   Coorientadora: Natália Pereira Matos

2. **ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS NOTIFICAÇÕES DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM PALMAS TOCANTINS: UM ESTUDO DE 2018 A 2022**
   Autor: Edielton Barbosa Lucio
   Orientador: Darlan Lopes de Farias

3. **PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS GRUPOS TERAPÊUTICOS REALIZADOS NO CAPS II DE PALMAS/TO**
   Autora: Fernanda Correa Aires Santos
   Orientadora: Margareth Santos de Amorim
   Coorientadora: Juliana Santos Simões

4. **DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA O SUS: PERCEPÇÃO DE RESIDENTES**
   Autora: Fernanda de Sousa Reis
   Orientadora: Jamile Luz Morais Monteiro

5. **O CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE A COVID-19 EM PALMAS-TO**
   Autora: Juliana Gomes Martins
   Orientadora: Ludimila Inês Nunes Prestes

6. **A APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO FACILITADORA NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**
   Autora: Lohane Stéphanny Barbosa Lopes
   Orientadora: Ludimila Inês Nunes Prestes
   Coorientadora: Paulliany Mirelly Gonçalves de Sousa

7. **ADOLESCENTES EM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: SUJEITO DE LUGAR NENHUM**
   Autora: Maria de Fátima Pereira de Carvalho
   Orientadora: Ana Carolina Peixoto do Nascimento

8. **CARACTERIZAÇÃO DE TENTATIVAS DE SUICIDÍO POR INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM PALMAS/TO, 2012 A 2022**
   Autora: Naiara Mesquita Almeida
   Orientadora: Jaciane Araújo Cavalcante

TURMA 2023-2025

1. **A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ACERCA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO**
   Autora: Elisa Alves Borba
   Orientador: Ricardo Monteiro Guedes de Almeida

2. **FATORES QUE INFLUENCIAM NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL EM PALMAS/TO**
   Autora: Evelin Chayane Pantoja Santos
   Orientadora: Ana Carolina Peixoto do Nascimento

3. **O IMPACTO DO PROTAGONISMO: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PALMAS/TO**
   Autora: Marcelia Saraiva Leal
   Orientadora: Muriel Corrêa Neves Rodrigues

4. **TENTATIVA DE SUICÍDIO: UMA ANÁLISE DA CONDUTA PROCEDIMENTAL NO ATENDIMENTO DE CASOS REALIZADOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO CAPS II EM PALMAS/TO**
   Autora: Rita de Cassia Strapasson
   Orientadora: Muriel Corrêa Neves Rodrigues

5. **GRUPO ATIVAMENTE: UMA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS 2 II DE PALMAS - TO**
   Autora: Rubia Mariana Teixeira Guimarães
   Orientadora: Diana Gusmão

6. **GRUPO DE MULHERES NO CAPS AD III DE PALMAS, TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
   Autora: Sara Fernandes de Oliveira
   Orientador: Aurimar Gonçalves Sousa

APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresentamos o **Acervo de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCRs)** do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, reunindo a produção acadêmica e as vivências profissionais construídas ao longo de uma década, entre os anos de 2014 e 2024. Este material nasce do compromisso contínuo com a formação crítica, ética e humanizada de profissionais que atuam no cuidado em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao compilar estudos, análises e reflexões oriundos das práticas nos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o acervo evidencia a potência do trabalho interprofissional, da clínica ampliada e das abordagens centradas no território e na singularidade das pessoas em sofrimento psíquico. Cada TCR aqui reunido traz não apenas a produção científica dos residentes, mas também a memória viva de processos formativos, desafios e aprendizagens que marcaram suas trajetórias.

Destinado a pesquisadores, estudantes, gestores, profissionais de saúde e demais interessados, este acervo consolida um repertório valioso para o fortalecimento do cuidado integral e para a qualificação das políticas públicas de saúde mental. Ao colocar em circulação o conhecimento produzido em serviço, reafirmamos a missão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental de promover a integração ensino-serviço-comunidade, estimular práticas baseadas em evidências e sustentar a construção coletiva de saberes.

Esperamos que este acervo inspire novas pesquisas, fortaleça processos formativos e contribua para a ampliação do cuidado em liberdade, com dignidade, responsabilidade ética e compromisso social.

Boa leitura!

Equipe Organizadora do Acervo de TCRs

EDUCAÇÃO PERMANENTE: PERCEPÇÃO E PRÁTICA PELA ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PALMAS/TO

Danyella da Silva Alencar Costa. Enfermeira, Residente Multiprofissional em Saúde Mental, Fundação Escola de Saúde Pública, Palmas (TO), Brasil, danyalencar@live.com.

Tatiana Evangelista Da Silva Rocha. Nutricionista, Mestre em Nutrição Humana, Universidade Federal do Tocantins, Palmas (TO), Brasil, tatiana.evangelista@uft.edu.br.

Autor responsável pela troca de correspondência

Danyella da Silva Alencar Costa

Quadra 603 Sul, Alameda 12, QI I, Lote 23

Plano Diretor Sul

Cep: 77016-342 - Palmas TO, Brasil

Telefone (63) 32162241

Resumo

***Objetivo*:** identificar a percepção e a realização de educação permanente (EP) por equipes de enfermagem nos CAPS de Palmas/TO. ***Métodos*:** estudo de natureza exploratória e descritiva, realizado com 23 profissionais das equipes de enfermagem dos CAPS em Palmas/TO. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionários, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CEULP sob CAAE nº 50122515.9.0000.5516, e analisados no programa de estatística Epinfo 7.0. ***Resultados e discussão*:** Dos entrevistados 69,57% são técnicos em enfermagem, 65,2% relataram que a EP ocorre mensalmente e possuem o entendimento que EP é importante para transformação das práticas, mas percebem falhas no processo, o mesmo relatado em outros estudos. ***Conclusão*:** praticam de forma fragmentada a EP para transformação das práticas e qualificação da assistência, e com os resultados recomenda-se a reorganização da EP para qualificar a atenção, a gestão e a assistência de cuidados de saúde ofertados a população. **Descritores:** Educação Permanente; Saúde Mental; Enfermagem.

Abstract

Objective: To identify the perception and realization of permanent education (PE) by nursing teams in CAPS Palmas / TO. ***Methods:*** Study exploratory and descriptive, conducted with 23 professionals of CAPS nursing teams in Palmas / TO. Data were collected through

questionnaires, after approval by the Research Ethics Committee of CEULP under CAAE No 50122515.9.0000.5516 and analyzed in Epi Info 7.0 statistical program. ***Results and discussion:*** 69.57% of respondents are nursing technicians, 65.2% reported that the EP occurs monthly and have the understanding that EP is important for processing practices but perceive flaws in the process, the same reported in other studies. ***Conclusion:*** practice piecemeal EP to transform practices and quality of care, and the results it is recommended to reorganize the EP to qualify the care, management and health care assistance offered the population. ***Descriptors***: Continuing Education ; Mental health; Nursing.

Resumen

Objetivo: Identificar la percepción y la realización de la educación permanente (PE) del equipo de enfermería en el CAPS Palmas / TO. ***Métodos:*** Estudio exploratorio y descriptivo, realizado con 23 profesionales de enfermería CAPS equipos en Palmas / TO. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios, después de la aprobación del Comité de Ética de Investigación de CEULP bajo CAAE Sin 50122515.9.0000.5516 y analizados en Epi Info 7.0 programa estadístico. ***Resultados y discusión:*** 69,57% de los encuestados están amamantando técnicos, 65.2% reportado que el PE se produce mensualmente y tienen la inteligencia de que la EP es importante para las prácticas de elaboración, pero percibir defectos en el proceso, lo mismo en otros estudios. ***Conclusión:*** EP practicar poco a poco para transformar las prácticas y calidad de la atención, y los resultados se recomienda para reorganizar la EP para calificar la asistencia para el cuidado, manejo y cuidado de la salud ofreció a la población. ***Descriptores:*** educación permanente; Salud mental; enfermería.

Introdução

A princípio, a atenção em saúde mental no Brasil seguiu o modelo hospitalocêntrico, onde todo o cuidado de saúde para esta população era centrado no hospital sob controle médico, desprovidos totalmente de direitos de cidadania e igualdade social, o que promovia a segregação dos pacientes, onde os mesmos eram jogados nos asilos ou nas prisões junto com os outros doentes incapacitados e excluídos da sociedade.[27]

> *Até a década de 70 do século XX a psiquiatria brasileira operava com o modelo manicomial e a assistência aos doentes era centrada no modelo médico-tradicional, com hegemonia da internação psiquiátrica tomada como sinônimo de tratamento.*[15]

Com o início das transformações dos ideais e das concepções políticas e sociais sobre a saúde em geral para o país, influenciou também a área de saúde mental, que é marcada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que aos poucos alcançou os serviços de saúde e os familiares dos usuários e deu-se início a uma nova conquista – a luta contra os manicômios (luta antimanicomial), também identificada por reforma psiquiátrica.[20]

Assim, a reforma psiquiátrica acompanha a busca pelas mudanças no modelo de saúde na década de 80/90, com a criação da Constituição Federal e a implantação do SUS, originando os Centros e os Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) e foi em 1987 na I Conferência Nacional de Saúde Mental que as discussões se fortalecem e neste mesmo ano no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental corroboram as novas premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica.[15]

O Estado do Tocantins acompanhou a reforma no âmbito nacional e desenvolveu novas normas de atuação e cuidado aos seus doentes mentais garantindo os direitos do portador de transtorno mental como cidadão e parte ativa do Estado pela implantação dos novos serviços de assistência à saúde mental.[2]

Assim, surgiu o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que objetiva ofertar atendimento à população por meio de acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários com acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, criando e fortalecendo os vínculos familiares e comunitários.[7]

Há algumas tipificações de CAPS, na qual cada um requer uma quantidade mínima de números de habitantes no município em que se encontra implementado e consequentemente um número mínimo de profissionais para atender aquela determinada população e suas complexidades.[6]

> *Os serviços têm como princípio garantir acolhimento à população de seu território que necessite de atenção em saúde mental, tanto no campo do transtorno quanto ao uso de substâncias psicoativas, devendo contar com a presença de profissionais capacitados para o trabalho durante todo seu período de funcionamento.*[6]

E seja qual for o tipo de CAPS, a equipe deste campo de saúde deve ser bem preparada para atuar e disposta a buscar sempre melhorias e qualificação na sua atuação. Portanto, é fundamental que a equipe realize o processo de educação permanente que é “a

aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos processos de trabalho”. [8]

Em Palmas/TO as modalidades existentes de CAPS são: CAPS II – atendimento diurno de segunda às sextas-feiras a adultos portadores de transtornos mentais – e CAPS Álcool e outras drogas (AD) III – atendimento 24 horas para usuários de substâncias psicoativas.

Estes serviços contam com uma equipe multiprofissional que atua de maneira articulada para atender seus usuários de maneira integral, por isso para trabalhar nestes serviços é necessário que a equipe busque sempre o aperfeiçoamento profissional e que os gestores invistam em capacitações e especializações, como ocorre em programas de residência multiprofissional em saúde mental. A residência é um campo de formação desafiador e um avanço necessário à Reforma Psiquiátrica brasileira visto que se concentra na especialização relativamente relacionada à Saúde Mental no SUS e por ser um espaço importante de formação continuada dos que ocupam ou ocuparão o corpo profissional da rede de Saúde Mental.[19]

A formação do profissional da área de enfermagem proporciona ações prioritárias na redução de danos à saúde da sociedade, e a adesão de práticas educativas para a capacitação da equipe é fundamental nesta consolidação.[1]

Na equipe de enfermagem o enfermeiro é o principal articulador deste processo de ensino-aprendizagem visto que o mesmo é considerado o gestor desta equipe e é o profissional habilitado para manejar este processo.

Dessa forma essa pesquisa tem como objetivo identificar a percepção e a prática de educação permanente nas equipes de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossociais de Palmas/TO, assim como conhecer o perfil dos profissionais que atuam nessas equipes.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, a partir da aplicação de um questionário adaptado[16], que buscou a percepção e a prática de realização da educação permanente por equipes de enfermagem nos CAPS do município de Palmas/TO, realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas sob o número CAAE 50122515.9.0000.5516.

As pesquisas exploratórias são aquelas que levantam informações sobre um determinado objeto delimitando um campo de trabalho, mapeando as condições de

manifestação desse objeto. E o questionário é um conjunto de questões articuladas, que tem como objetivo levantar informações por parte dos sujeitos pesquisados, para conhecer a opinião dos mesmos sobre um determinado assunto. As questões devem ser formuladas de forma clara para que seja compreendido pelos sujeitos da pesquisa, e assim evitarem possíveis dúvidas durante a aplicação do instrumento.[25]

O questionário aplicado foi composto de perguntas sobre sexo, faixa etária, área de atuação no CAPS, grau de qualificação, tempo de atuação no CAPS, conhecimento sobre EP pelos entrevistados, número de reuniões sobre EP na sua equipe de trabalho, qual o público alvo importante nas EP na percepção dos entrevistados, quais os objetivos da EP de acordo com o conhecimento dos entrevistados, qual a periodicidade de ocorrência da EP, como avaliavam o método, qual a avaliação da EP em relação ao seu processo de trabalho.

Para aplicação do questionário, o mesmo foi entregue aos profissionais da equipe de enfermagem efetivos que atuavam nos CAPS de Palmas. Ao término do preenchimento, os questionários foram recolhidos e posteriormente os dados compilados e agrupados para discussão.

Foram identificados 27 profissionais entre técnicos em enfermagem e enfermeiros lotados nos CAPS do município de Palmas/TO informação fornecida pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP). O critério de inclusão para pesquisa foi ser profissional e devidamente concursados e efetivos nos CAPS, logo dos 27, 23 profissionais aceitaram participar da pesquisa após o preenchimento do termo de consentimento livre esclarecido, conforme Resolução 466/12. OS 4 que não participaram foi em função de um não estar atuando como profissional de enfermagem e os outros três encontravam-se de licença médica no momento de realização desta pesquisa.

A partir dos questionários preenchidos os dados foram analisados no programa de estatística Epinfo 7.0.

A pesquisa contribuiu para identificar como vem ocorrendo a prática da educação permanente nos CAPS, assim como conhecer a percepção das equipes de enfermagem que atuam nesses locais.

Resultados e discussão

Os dados obtidos a partir dos questionários aplicados buscaram identificar a percepção e a prática da educação permanente nas equipes de enfermagem nos CAPS de Palmas/TO e os dados são relatados e discutidos a seguir.

Identificou-se que dos 23 participantes, 18 eram do sexo feminino, representando 78,26% dos entrevistados e apenas 5 homens participaram da pesquisa (21,74%). Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), quadro semelhante foi encontrado, onde 84,6% eram mulheres e apenas 15% eram homens.[14] Em relação à faixa etária, houve a predominância entre 40 e 50 anos (com média de 47 anos), apesar da idade variar no grupo total dos entrevistados entre 20 a 50 anos. Em outra realizada com equipes de enfermagem encontrou-se a faixa etária semelhante, que variou entre 31 e 53 anos.[30]

Em relação à área de atuação no CAPS, a pesquisa encontrou que 69,57% dos participantes são técnicos em enfermagem e que apenas 30,43% são graduados em enfermagem (Tabela 01). Em pesquisa realizada pelo Cofen, dados semelhantes são encontrados, tendo resultado de que 80% do quadro de profissionais da enfermagem são predominantemente técnicos e auxiliares, e apenas 20% são enfermeiros.[14]

Tabela 01. Área de atuação dos profissionais das equipes de enfermagem dos CAPS em Palmas-TO, 2016.

ATUAÇÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Enfermeiro	7	30.43%
Técnico de Enfermagem	16	69.57%
Total	23	100.00%

A tabela 02 apresenta os dados referentes à qualificação da equipe que trabalha no CAPS. Os resultados encontrados mostram que a maioria possui apenas o ensino médio técnico, e os demais são graduados ou estão buscando o título de graduação.

Tabela 02. Qualificação dos profissionais das equipes de enfermagem dos CAPS em Palmas-TO, 2016.

QUALIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Médio Técnico	11	47,83%

Graduação em andamento	3	13,04%
Graduação concluída	3	13,04%
Especialização	6	26,09%
Total	23	100.00%

Um estudo demonstrou que em relação à amostra de auxiliares e técnicos, 36,6% se qualificaram em cursos superiores, enquanto que 63,4% não fizeram. Da amostra que possuem graduação 28,6% se qualificou em Gestão Hospitalar, 42,9% em Enfermagem, 14,3% fizeram respectivamente Ciências Biológicas, Filosofia e Pedagogia.[11]

Nesta pesquisa os resultados obtidos demonstram que 47,83% possuem apenas nível médio técnico completo, 13,04% possuem graduação em andamento, 13,04% possuem graduação concluída e 26,09% possuem especialização.

Quanto à qualificação dos técnicos de enfermagem, 68,75% tem apenas o nível médio técnico, 12,5% possuem nível de especialização, 6,25% possuem nível de graduação completa, e 12,5% estão em nível de graduandos. Já em relação aos enfermeiros, 28,57% correspondem ao nível de graduação em enfermagem, 57,14% ao nível de especialização e 14,29% estão cursando outro nível de graduação.

Entretanto, a pesquisa realizada pelo Cofen retrata que os trabalhadores de nível médio apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas atribuições, com 23,8% dos técnicos com nível superior incompleto e 11,7% tendo concluído curso de graduação, e que, além disso, o programa Proficiência e outras iniciativas de aprimoramento promovidas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais revelaram ampla inserção de enfermeiros e profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares), correspondendo a 94,5% e 98% respectivamente.[14]

Quanto ao tempo de atuação dos profissionais da equipe de enfermagem no CAPS, observou-se que a maioria tem menos de 2 anos de atuação (56,52%), mas foi encontrado 2 entrevistados (8,7%) que atuam há mais de 5 anos.

Outra pesquisa que descreveu sobre tempo de atuação no CAPS, encontrando uma variação entre seis meses a cinco anos.[30] Nesta pesquisa a maioria dos profissionais atuava a menos de dois anos no serviço como efetivos, o que pode estar relacionado ao último concurso público da Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas, ter ocorrido no

ano de 2013, sendo os aprovados convocados para posse em 2014, conforme o Diário Oficial do Município, Ano V, Suplemento, Nº 1.027 de 12 de junho de 2014.[21]

A tabela 03 demonstra os dados sobre conhecimento da política de educação permanente do Ministério da Saúde (MS) pela equipe de enfermagem do CAPS. Observa-se que a maioria relata apenas já ter ouvido falar, e ainda possuem profissionais que afirmam desconhecimento em relação à proposta.

Tabela 03. Conhecimento da política de educação permanente do Ministério da Saúde pelas equipes de enfermagem dos CAPS em Palmas-TO, 2016.

CONHECIMENTO DA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMAMENTE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	**FREQUÊNCIA**	**PERCENTUAL**
Conheço	6	26.09%
Já ouvir falar	14	60.87%
Desconheço	3	13.04%
Total	23	100.00%

Os resultados encontrados na pesquisa mostram que a educação permanente deve ser mais trabalhada no serviço de saúde, pois pela pesquisa a maioria não possui conhecimento claro sobre o assunto ao responder que apenas já ouviram falar ou desconhece. Mesmo com alguns avanços no SUS, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral, o que ocasiona uma necessidade crescente de educação permanente para estes profissionais.[3]

A implementação da educação permanente nos serviços de saúde no Brasil ainda é deficiente, e a educação no trabalho da enfermagem deve deixar de ser apenas proposta para passar a ser estratégia de atuação em busca da melhoria do processo de trabalho como uma modalidade de educação para solução de problemas que a enfermagem enfrenta.[12]

Quando investigados quanto a frequência que ocorrem educação permanente em seus serviços de saúde, 15 entrevistados (65,22%) responderam que as mesmas ocorrem mensalmente em suas unidades. Outra pesquisa que trata sobre a frequência das reuniões de equipe de um CAPS, encontrou que todos os CAPS realizavam reunião de equipe e que em relação à periodicidade, 63,1% das equipes reúnem-se semanalmente e 36,9% mais que

2 vezes na semana.[4] Nesta mesma pesquisa, também se ressalta a importância das reuniões de equipe ocorrerem regularmente e com integração efetiva entre os diversos setores.[22]

A tabela 04 apresenta os dados sobre qual o público-alvo deve participar da educação permanente na percepção das equipes de enfermagem.

Tabela 04. Público-alvo que deve participar da educação permanente na percepção das equipes de enfermagem dos CAPS em Palmas-TO, 2016.

PÚBLICO ALVO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Usuários	2	8.70%
Uniprofissional	2	8.70%
Multiprofissional	17	73.91%
Usuários e multiprofissional	2	8.70%
Total	23	100.00%

Para 73,91% dos participantes, o público-alvo para educação permanente devem os multiprofissionais. Os demais acreditam que o público-alvo deve ser composto por usuários, uniprofissionais e usuários e multiprofissionais.

A diferença entre Educação Continuada (EC) e Educação Permanente (EP), é o fato de que a EC é trabalhada de forma uniprofissional, buscando uma prática autônoma, enfocando temas e especialidades, com objetivo a atualização técnico-científica, de periodicidade esporádica, uso da pedagogia de transmissão, e espera atingir a apropriação do saber científico de forma passiva, já a EP trabalha de forma multiprofissional, buscando uma prática institucionalizada, que objetiva a transformação de práticas técnicas e sociais e ocorre continuamente, fundamentada na pedagogia centrada na resolução de problemas, onde o resultado é a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico, fortalecendo a equipe de trabalho.[24]

A tabela 05 apresenta o conhecimento dos profissionais em relação aos objetivos da educação permanente. A maioria com 65,22% dos entrevistados acreditam que o principal objetivo da educação permanente é a de transformação das práticas de saúde, confirmando o que é descrito na Portaria Nº 1.996/2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e diz que: “os

processos de educação permanente em saúde se dão pela aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho".[5]

Tabela 05. Conhecimento das equipes de enfermagem em relação ao objetivo principal da educação permanente nos CAPS em Palmas-TO, 2016.

OBJETIVO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE*	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Atualização técnico científica	6	26.09%
Transformações das práticas de saúde	15	65.22%
Transformações das práticas de saúde + Orientar o usuário para o autocuidado	1	4.35%
Atualização técnico científica + Orientar o usuário para o autocuidado	1	4.35%
Total	23	100.00%

*Poderia marcar mais de uma alternativa;

Dos demais participantes, 26,09% responderam que o objetivo principal da educação permanente é a atualização técnico científica e 8,7% se dividem em transformações das práticas de saúde mais orientar o usuário para o autocuidado e atualização técnico científica mais orientar o usuário para o autocuidado.

O perfil dos profissionais de saúde evidencia uma qualificação insuficiente para que haja mudanças nas práticas, e que a EP para estes profissionais objetiva rever o significado de seus perfis de atuação, para que então, se consiga a implantação e o fortalecimento da atenção à saúde.[3]

Em relação a percepção dos profissionais quanto à periodicidade que a educação permanente ocorre no CAPS que o mesmo trabalha, os resultados apresentaram que a maioria dos entrevistados (69,57%), avalia que a mesma ocorre de forma fragmentada.

Neste sentido, as práticas educativas no ambiente de trabalho de enfermagem devem atender aos interesses de aprimoramentos contínuos, com vista à assistência qualificada, e que pensar de modo hierárquico e vertical, onde todo o conhecimento está nas mãos de um profissional que "deteria o saber", faz permanecer a concepção

fragmentada do processo, onde os trabalhadores são separados e não possuem direito à escolha e reflexão.[18]

No entanto ao serem questionados quanto a sua percepção da periodicidade ideal da educação permanente, todos os entrevistados (100%) afirmam que a mesma deveria ocorrer constantemente.

Quanto a percepção da equipe de enfermagem em relação à metodologia aplicada na educação permanente, os resultados demostraram que 81,82% afirma que a metodologia é centrada na resolução de problemas, atendendo o que é proposto pela política, que propõe que os processos de educação e formação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, com vistas às necessidades de saúde das pessoas e populações.[5]

Esta forma de levantar os problemas presentes na assistência de enfermagem e buscar solucioná-los demonstra preocupação do serviço de saúde com a qualidade da assistência e a satisfação da população assistida, além de tornar os momentos educativos mais crítico-reflexivos, com aplicações reais e práticas sobre o tema em questão, fundamentando teoricamente as necessidades de transformações em um dado contexto.[12]

Quanto a avaliação da pratica da educação permanente no processo de trabalho pelas equipes de enfermagem atuantes nos CAPS, obteve-se que 52,17% avaliaram como “bom”, 26,09% como “regular”, 13,04% como “ruim” e 8,7% se dividem entre “ótimo” ou “excelente”.

Os enfermeiros enfrentam limitações no cotidiano do serviço para efetivação da EP, justificando o fato das inúmeras funções que realizam, sentindo-se deste modo sobrecarregados com procedimentos centrados no modelo assistencial curativo.[29]

A contribuição das Rodas de Educação Permanente na transformação das práticas de saúde nas unidades foi avaliada pela maioria dos servidores como um instrumento “Bom” ou “Ótimo” para “fortalecer o trabalho em equipe”, “levantar problemas”, “construir soluções”, “organizar o processo de trabalho”, “melhorar a qualidade do cuidado prestado ao usuário”, “humanizar as relações de trabalho” e “promover a participação do usuário na construção do SUS”.[10]

A educação em saúde está inerente a todos os níveis de atenção e pode embasar ações preventivas e promotoras, além de formar indivíduos conscientes de sua cidadania, poder de decisão sobre sua própria saúde e responsabilidade sobre a saúde da comunidade

em que vivem, mas nem todos os profissionais se utilizam deste recurso, muitas vezes por falta de conhecimento, fazendo um trabalho mais empírico.[17]

Nesta pesquisa uma das dificuldades mencionadas para a realização da EP foi o regime de trabalho em forma de plantão:

> *"Trabalho em regime de plantão dificulta os encontros"* (Participante nº 18)

Entre os motivos dos trabalhadores da área da saúde não realizarem EPS, estão a falta de incentivos para realização de atividades educativas, poucos profissionais em detrimento a uma grande demanda de atendimentos, o que pode dificultar a saída destes do campo de trabalho ou até mesmo destinar tempo para a realização de atividades de educação em saúde, e tais fatores se devem ao fato de não haver um plano político-pedagógico de educação no trabalho, além da falta de uma cultura de educação no trabalho, com comprometimento dos gestores envolvidos.[26]

Apesar de tais dificuldades, as atividades do enfermeiro vão além das inúmeras responsabilidades de assistir o paciente, administrar a unidade de trabalho, mas também de educar, mantendo sua equipe sempre atualizada em relação as diversas mudanças das técnicas de cuidado e para isso, a educação permanente é uma ferramenta substancial para manter sua equipe de trabalho atualizada e realizando seu trabalho de maneira eficaz.[23]

E ainda que apresentem um conhecimento insuficiente a respeito, os enfermeiros realizam educação permanente, alguns o realizam em horário de trabalho, outros enfermeiros fora do horário de trabalho, mas o importante é que os mesmos realizem independente do horário e do tempo.[23]

Dessa forma, o trabalho em regime de plantão não se justifica como empecilho para a prática da EP, no entanto, é necessário comprometimento dos sujeitos envolvidos e a existência de um plano que contemple as necessidades de trabalho.

Quanto as possibilidades para fortalecer a prática da educação permanente na sua equipe de saúde, parte respondeu ser possível e sugerem quinzenalmente, durante as reuniões, com temas elencados pela equipe, referindo-se de algum modo à educação permanente:

> *"É possível essa prática por meio de encontros quinzenais, com temas demandados pelos profissionais"* (Participante nº 23)

> *"Introduzindo temas referentes a realidade vivida para serem discutidas durante as reuniões, treinamento com a equipe"* (Participante nº 21)

A reunião de equipe possibilita a transformação do cuidado ao dirimir problemas comunicacionais e de diálogo entre os profissionais e ao tornar os espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos afetivos e das fronteiras profissionais.[4]

Outra parte respondeu o modo de como fazer, mas voltado a educação continuada:

> *"Participação em palestras, cursos de formação ou minicursos, oficinas de trabalho, convenções, tudo aquilo que venha ensinar e preparar o profissional para melhor atender a comunidade"* (Participante nº 05)
>
> *"Devem fortalecer as capacitações diárias para possibilitar o ensino e aprender no dia a dia com conhecimento para transmitir com qualidade quanto profissional ao usuário"* (Participante nº 07)
>
> *"Fazendo cursos específicos"* (Participante nº 09)

A proposta de EP do Ministério da Saúde contrapõe-se ao conceito de educação continuada, que se relaciona às capacitações pós formação inicial, com o objetivo de estruturação dos serviços de saúde.[28]

Outros citaram a falta de apoio da gestão e também conhecimento insuficiente do que se trata a EP:

> *"Apoio dos gestores e interesse dos administradores, coordenações e vontade de aprender da equipe"* (Participante nº 03)
>
> *"Apoio gestor para fortalecer a rede de saúde mental"* (Participante nº 04)
>
> *"Discutir mais sobre a importância da educação permanente para o profissional"* (Participante nº 12)
>
> *"Por não ter essa prática, acho uma ótima ideia de estar discutindo em equipe multiprofissional e adorar esse método de aprendizagem"* (Participante nº 22)

A Política de Educação Permanente em Saúde ressalta que o desenvolvimento da função de gestão da educação na saúde é uma responsabilidade de todas as esferas de gestão do SUS, que avanços e compromissos precisam ser feitos visando à efetivação desta

área, e que só tem sentido se inserido dentro de um ciclo de gestão específico, em um processo que integre e qualifique as ações do SUS e subsidie a tomada de decisão por parte do gestor da saúde.[9]

Perante os resultados obtidos, nota-se em geral, que as equipes têm algum conhecimento da Política de Educação Permanente, seu objetivo e de como esta deve ocorrer, apesar de, nestes serviços de saúde mental, sua prática ainda ocorrer de modo fragmentada, o que se torna ineficaz para que haja mudanças efetivas nas práticas e nos processos de trabalho de modo a qualificar a atenção à saúde, a gestão e a assistência de cuidados ofertados a população.

Para que estes resultados sejam obtidos eficientemente, as equipes precisam entender a educação permanente em saúde como uma prática de ensino-aprendizagem, pela qual a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, parte da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança, ou seja, a EP se apoia no conceito de ensino problematizador (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo (CECCIM E FERLA, 2009).

Conclusão

Observou-se que, de modo geral, que as equipes atuam há pouco tempo nos centros de atendimento à saúde mental, mas que têm algum conhecimento acerca da educação permanente, mesmo não praticando de modo contínuo como instrumento de transformação das práticas e norteador para a qualificação da prática e da assistência nestes serviços, como orienta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Entende-se que as equipes compreendem as contribuições da educação permanente como educação continuada ou educação em saúde, e que é possível fortalecer a prática da educação permanente pela equipe de enfermagem de modo regular, contínuo, durante reuniões, conforme necessidades identificadas por elas mesmas.

Por tanto, ainda há espaços importantes para serem preenchidos no que se refere ao processo de educação permanente pelas equipes dos CAPS e por isso é necessário que os profissionais busquem compreender o objetivo da educação permanente e definam estratégia de efetivação desta prática, informando e cobrando aos gestores as suas necessidades em termos de processos educacionais, que qualificam a assistência e consequentemente resolve de modo mais eficaz as demandas da comunidade.

Para que haja melhoria do processo de trabalho das equipes de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial de Palmas/TO, recomenda-se que a prática da EP nestes serviços seja realizada não mais de modo fragmentada, mas continuamente, como um método de ensino-aprendizagem mediante os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho, a partir da realidade vivida e experiências desses profissionais, como disparadores de interrogação e mudança das práticas que resultem em qualificação da atenção à saúde, gestão e a assistência de cuidados ofertados a população.

Referências

[1]Amaral LR, Oliveira MAD, Cardoso RB, Ávila SPAR. Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010 jul. ago; 63 (4): 1-22.

[2]Barros DDN, Júnior LCG, Partata AK. Reforma Psiquiátrica: Fluxograma de Dispensação de Controlados Sugerido à Farmácia do CAPS II Araguaína-TO. Revista Científica do ITPAC, Araguaína. 2013 jan; 6 (1): 5.

[3]Batista KBC, Gonçalves OSJ. Education of health professionals for the SUS: meaning and care. Revista Saúde e Sociedade. 2011; 20 (4): 884-99.

[4]Bernardi AB, Kanan LA. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. Revista Saúde em Debate. 2015 out. dez; 39 (107): 1105-16.

[5]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 – Anexo II. Disponível a partir de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

[6]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível a partir de: http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf.

[7]Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. 2004. Disponível a partir de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

[8]Brasil, Ministério da Saúde. SGTES, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Juiz de Fora/MG, Outubro de 2013. Disponível a partir de: http://www.ufjf.br/nates/files/2013/11/01-A-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Educa%C3%A7%C3%A3o-Permanente-em-Sa%C3%BAde-para-o-SUS.pdf.

[9]Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível a partir de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.

[10]Cardoso IM. 'Circles of Permanent Education' in Primary Health Care: analysis of their contributions. Revista Saúde e Sociedade. 2012; 21 (1): 18-28.

[11]Cavalcante AKC, Amorim PHC, Santos LN. Perfil da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência em um hospital público de Teresina. Revista Interdisciplinar. 2014 abr. mai. jun; 7 (2): 85-94.

[12]Cavalcante EFO, Macedo MLAF, Oliveira JSA, Martini JG, Backes VMS. Prática da Educação Permanente pela Enfermagem nos Serviços de Saúde. Revista de Enfermagem – UFPE. 2013 fev; 7 (2): 598-607. Disponível a partir de: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3073/5419.

[13]Ceccim RB, Alcindo AF. Educação Permanente em Saúde. Dicionário [*on line*] da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Todos os direitos reservados. 2009. Disponível a partir de: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html.

[14]COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem: Diagnóstico da profissão aponta concentração regional, tendência à masculinização, situações de desgaste profissional e subsalário. Publicado em: 06/05/2015. Disponível a partir de: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html.

[15]Dias CB, Silva ALA. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2010 jun; 44 (2): 469-75.

[16]Elias CEL. Educação permanente no cotidiano das equipes de Saúde da Família: possibilidades de ensinar e aprender. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica em saúde da Família. Nescon Biblioteca Virtual. Araçuaí: 2009. 43p. Disponível a partir de: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Educacao_permanente_no_cotidiano_das_equipes_de_Saude_da_Familia__possibilidades_de_ensinar_e_aprender/71.

[17]Feijão AR, Galvão MTG. Ações de Educação em Saúde na Atenção Primária: Revelando Métodos, Técnicas e Bases Teóricas. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene. 2007 mai. ago; 8 (2): 41-9.

[18]Ferreira RGS. A Educação Permanente na Formação Contínua dos Profissionais de Enfermagem. Revista Sustinere. 2015 jul. dez; 3 (2): 128-42.

[19]Lobosque AM. Caderno Saúde Mental Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação. Belo Horizonte: ESP-MG: 2010; 3.

[20]Mateus, MD. Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde: 2013. 400p.

[21]PALMAS – Prefeitura de Palmas, TO. Concurso Quadro da Saúde e ACS/ACE 2013. Disponível a partir de: http://www.palmas.to.gov.br/pagina/concurso-quadro-da-saude-e-acsace-2013/9/.

[22]ROEDER MA. Segurança sanitária: orientações para centros de atenção psicossocial. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2012 *apud* Bernardi AB, Kanan LA. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. Revista Saúde em Debate. 2015 out. dez; 39 (107): 1105-16.

[23]Ronsani LS. A Importância da Educação Permanente Promovida por Enfermeiros para Técnicos em Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC. Criciúma: dezembro de 2011.

[24]Sardinha LP, Gonçalves LC, Costa TD, Tavares CMM, Cavalcanti ACD, Cortez EA. Permanent, continuous and of use Education: revealing its concepts. Revista Eletrônica

Enfermería Global, v.12 n.29, ano 2013. Disponível a partir de: http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144121.

[25]Severino, AJ. Metodologia do trabalho científico. 23a ed. rev. e atual. São Paulo: 2007.

[26]Signor E, Silva LAA, Gomes IEM, Ribeiro RV, Kessler M, Weiller TH *et al*. Educação Permanente em Saúde: Desafios para a Gestão em Saúde Pública. Revista de Enfermagem da UFSM. 2015 jan. mar; 5 (1): 01-11.

[27]Souza, VR. Contrarreforma Psiquiátrica: O Modelo Hospitalocêntrico nas Políticas Públicas em Saúde Mental No Rio Grande Do Sul. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2012; 166p.

[28]Trindade LL, Ferraz L, Ferraboli SF, Rubini B, Saldanha CT, Bordignon M *et al*. Formação Profissional na Orientação da Assistência aos Grupos Vulneráveis na Atenção Básica. Revista de Enfermagem da UFSM. 2015 abr. jun; 5 (2): 368-78.

[29]Viana DMS, Nogueira CA, Araújo RS, Vieira RM, Rennó HMS, Oliveira VC. A Educação Permanente em Saúde na Perspectiva do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2015 mai. ago; 5 (2): 1658-68.

[30]Zerbetto SR, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011 jan. mar; 13 (1): 99-109. Disponível a partir de: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a11.htm.

CAVALCANTE, Jaciane Araujo. **Transtornos do pânico**: revisão. 2016. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Mental) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2016. [Não disponível nesta versão do Acervo]

MORAES, Lilia Fernandes de Moraes. **Vivência do(a) assistente social do programa de residência multiprofissional em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial de Palmas-TO**: um relato de experiência. 2016. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Mental) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2016. [Não disponível nesta versão do Acervo]

A educação permanente como estratégia de apoio matricial na Atenção Básica de Palmas

Permanent education as a matrix support strategy in Primary Care of Palmas

Marcos Fabiano Monteiro da Costa: psicólogo, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Plano Integrado de Residências em Saúde do Centro Universitário Luterano de Palmas (PRMSM/PIRS/CEULP). Especialista em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em metodologias ativas de ensino-aprendizagem pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Bolsista do Ministério da Saúde e bolsista do Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho de Palmas (PET-Palmas) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Endereço para correspondência: 103 Sul, Rua SO-03, Lote 35, Casa 07, Plano Diretor Sul, Palmas/TO - CEP 77015-016. Telefone: (63) 98487-3954. E-mail: marcosfmpsi@gmail.com.

Jonatha Rospide Nunes: psicólogo, mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Plano Integrado de Residências em Saúde do Centro Universitário Luterano de Palmas (PRMSM/PIRS/CEULP). Bolsista do Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho de Palmas (PET-Palmas) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Endereço para correspondência: Rua 21, S/N, Lote 06, Quadra 65, Centro, Taquarussu do Tocantins (Distrito), Palmas/TO – CEP 77260-000. Telefone: (63) 99202-3225. E-mail: jonatharospidenunes2015@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar uma experiência de educação permanente em saúde desenvolvida enquanto estratégia de apoio matricial como residente de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Atenção Básica de Palmas.

Descrição da experiência: Na Atenção Básica de Palmas, os residentes em saúde mental de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, realizaram ações de educação permanente em saúde como estratégia de apoio matricial para Estratégia Saúde da Família.

Discussão: O ciclo de educação permanente em saúde com ênfase em saúde mental álcool e outras drogas oportunizou aos residentes em saúde mental a experiência em ato de formação e intervenção, contribuindo para prática crítico-reflexiva sobre os processos de trabalho com o agente comunitário de saúde e apontando rumos para a Rede Psicossocial de Palmas.

Palavras-chave: educação permanente em saúde; apoio matricial; atenção básica; residência multiprofissional

ABSTRACT

Objective: To report an experience of permanent health education developed as a matrix support strategy as a resident of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health in Primary Care of Palmas.

Description of the experience: At the Basic Attention of Palms, the mental health residents of a Family Health Support Center, actions of permanent health education were carried out as a matrix support strategy for Family Health Strategy.

Discussion: The cycle of permanent education in health with emphasis on mental health, alcohol and other drugs provided mental health residents with experience in training and intervention, contributing to critical-reflexive practice on the work processes with the community health agent and pointing the way to the Psychosocial Network of Palmas.

Keywords: permanent education in health; matrix support; primary care; multiprofessional residence

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde tem investido na formação e educação permanente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de diversas formas, entre elas, as pós-graduações na modalidade residência multiprofissional em saúde, que devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, considerando as necessidades e realidades locais e regionais, de modo a contemplar entre seus eixos norteadores: uma formação integral e interdisciplinar e promovendo a integração de saberes e práticas que construam competências para a consolidação da educação permanente, considerando a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde[1].

Este relato de experiência surge a partir da concretização do apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica. Esta atividade compõe o percurso do processo de formação do residente do PRMSM/PIRS[2] do Município de Palmas/Tocantins, promovido através da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) e do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP). Uma das apostas pedagógicas do PIRS, para promover a formação dos residentes nos serviços da rede pública de saúde, a partir de intervenções nas realidades em que estão inseridos, está na utilização de metodologias ativas onde os processos de aprendizagem envolvem o protagonismo do profissional em formação, atingindo as dimensões afetivas e intelectuais, tornando-os mais duradouros e consistentes[3].

Esta aposta pedagógica possibilita a integração entre os processos de formação e intervenção[4], ou seja, a vivência do aspecto formativo das intervenções realizadas, bem como do aspecto interventivo (transformador) do processo formativo que envolve os trabalhadores da saúde, através da passagem por diversos serviços que integram a atenção básica, especializada, urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) em Palmas.

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do SUS e desenvolve um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange desde a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde visando promover uma atenção integral que

cause impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das populações[5].

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar o alcance e a finalidade das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, promovendo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários[6].

A passagem dos residentes pelos serviços de saúde, fomentou o contato com diversas perspectivas, bem como a participação em modos diferentes de fazer saúde. Esta vivência vem sendo fundamental para a criação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)[7], através do trabalho intersetorial[8] e interdisciplinar[9].

Dentro deste contexto, este trabalho apresenta ações de educação permanente como estratégia de apoio matricial, na qual a formação se conecta com a realidade vivenciada no trabalho[10], desenvolvidas na Atenção Básica de Palmas/Tocantins pelo PRMSM/PIRS, com objetivo de relatar as etapas do processo de Matriciamento em Saúde Mental, realizado por residentes em Saúde Mental do PIRS, de modo a explicitar como ocorreu a experiência de formação/intervenção e os efeitos nos envolvidos.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do PIRS é composto pelas seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. Durante sua passagem pelo campo do NASF no ano de 2015, dois residentes do PRMSM, sendo um psicólogo e uma enfermeira, em conjunto com oito residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), das seguintes áreas: Fisioterapia (2), Nutrição (2), Psicologia (3) e Serviço Social (1), integraram a equipe interdisciplinar do NASF, além de duas preceptoras: uma nutricionista e uma enfermeira. As atividades descritas foram coordenadas pelos dois residentes de saúde mental e desenvolvidas com o apoio da equipe do NASF.

No âmbito da atenção básica à saúde, os residentes em saúde mental e residentes em saúde da família e comunidade do PIRS da equipe de um NASF desenvolveram atividades de educação permanente em saúde, apoio matricial, grupos de promoção e prevenção da saúde, assistência individual e domiciliar da população vinculada a 4 Unidades de Saúde, da Região Central do município de Palmas - TO.

Os residentes em saúde mental do PIRS durante sua atuação no cenário de um NASF da Região Central de Palmas e a partir do apoio ofertado pelo NASF para uma ESF de sua área de abrangência, constituíram a demanda de conversar sobre a temática do uso de álcool e outras drogas. Foram então realizadas as reuniões de planejamento conjunto (maio/2015) e a execução do plano de ação (junho/2015), com a realização de um ciclo de encontros de educação permanente com rodas de conversa, ofertando por meio destas estratégias pedagógicas o apoio matricial com abordagem em álcool e outras drogas para agentes comunitários de saúde (ACS), a partir da demanda pactuada entre as equipes.

DISCUSSÃO

Um dos princípios da Atenção Básica é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive daquelas que necessitam de cuidado em saúde mental, ou seja, que estão em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. As ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilita que os profissionais de saúde tenham uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Assim, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela proximidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa[5].

Os profissionais de saúde comumente lidam em seu cotidiano com pacientes em situação de sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso e/ou abuso de álcool e outras drogas e, mesmo que sejam consideradas importantes, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica gera ainda muitas dúvidas, curiosidades e receios[5].

O matriciamento como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo compartilhado, criam uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica, visando também proporcionar uma retaguarda especializada da assistência, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção de estratégias de cuidado em saúde da população[11].

No ciclo de encontros de educação permanente em saúde utilizaram-se das rodas de conversa[12] como estratégia de matriciamento em saúde mental em álcool e outras drogas, oportunizando aos ACS de uma equipe da ESF um espaço de trocas de saberes e experiências com os residentes do PRMSM e a equipe do NASF, ajudando a refletir suas práticas a partir do levantamento de expectativas e conhecimentos prévios dos participantes e definição conjunta dos temas que foram discutidos nos encontros: abordagem ao usuário de álcool e outras drogas e seus familiares; medo, estigma e preconceito; Saúde Mental e Redução de Danos e Rede de Atenção Psicossocial em Palmas – TO.

O matriciamento promoveu a reflexão sobre as diversas demandas que são exigidas dos ACS em sua rotina diária e as dificuldades de equalizar a abordagem em álcool e outras drogas e a necessidade de formação/qualificação teórico-metodológica das equipes, bem como da importância do NASF como apoio nesse processo de empoderamento técnico-pedagógico das equipes na Atenção Básica.

Entre os desafios para a realização dos encontros de educação permanente esteve a manutenção das atividades pactuadas com os ACS e as enfermeiras da ESF. Isso exigiu revisão de dias e horários pactuados para que fosse possível garantir um espaço protegido na agenda da equipe para que as rodas de conversa matriciais acontecessem.

Trocar, ouvir, acolher tantas experiências delicadas e ricas foi importantíssimo para os residentes. Os ACS traziam suas angústias ao lidar com a vontade de ajudar pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas e seus familiares e ao mesmo tempo o sentimento de impotência por não saberem como fazer, até onde ir e que riscos correr. Exercitar a empatia ao acolher esses medos e angústias, comovia ao grupo de residentes em alguns momentos, ao mesmo tempo que provocava a refletir conjuntamente sobre possibilidades de ampliação de intervenções compartilhadas, como por exemplo: visitas

domiciliares conjuntas ESF-NASF, trabalhar as temáticas de saúde mental e redução de danos no território, acolhimento, escuta e orientação de usuários e seus familiares e chegando a pensar num intercâmbio formativo envolvendo os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (Atenção Básica, Especializada, Urgência e Emergência).

Parece que um intercâmbio formativo na RAPS de Palmas seria uma experiência muito potente e que contribuiria para a construção de linhas de cuidado, reorganizando processos de trabalho, a fim de empoderar trabalhadores e facilitar o acesso do usuário e seus familiares às Unidades e Serviços aos quais necessita[13].

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. MEC. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, 13 nov. 2009. 2017 Jan [capturado 2017 Jan 20]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192.

2. PPP. PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO PIRS/RMSM, Palmas: Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, 2013.

3. MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc saúde coletiva, v. 13, n. 2, p. 2133-44, 2008. 2016 Nov [capturado 2016 Nov 15]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. 176 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 2010.

7. 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.

8. DE ARAÚJO DIAS, Maria Socorro et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 11, 2014. 2016 Nov [capturado 2016 Nov 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf.

9. JAPIASSU, H. Ciências: questões impertinentes. São Paulo: Ed. Ideias & Letras, 2011.

10. TÓFOLI, LF; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. Sanare, v. 6, n. 2, p. 34-42, 2007. 2016 Nov [capturado 2016 Nov 20]. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33998785/Apoio_Matricial_-_Sobral.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1488247099&Signature=mx1QuKbh16nhW%2B8j0gOGmhge2no%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DO_apoio_matricial_de_saude_mental_na_ate.pdf.

11. CHIAVERINI, Dulce Helena et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

12. AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

13. FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul. 2016 Abr [capturado 2016 Abr 09]. Disponível em: http://www. saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integralconceito-como-fazer.pdf.

TRABALHO, ESTIGMA E USO DE DROGAS: ENCRUZILHADAS DA INSERÇÃO AO MERCADO ATUAL

WORK, STIGMA AND DRUG USE: CROSSROADS OF INSERT CURRENT MARKET

Graziela Scheffer*

Auriane Quixaba**

RESUMO: O artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa realizada no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras drogas (CAPS-AD) com os usuários e profissionais acerca da inserção do dependente químico no mercado trabalho. O objetivo foi analisar percepção da inserção no mercado de trabalho dos usuários de drogas na relação com o estigma do uso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: CAPS-AD. mercado de trabalho. estigma. drogas.

ABSTRACT: *The article is based on a qualitative survey conducted in Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS-AD) with users and professionals about the insertion of the chemical dependent on the market work. The objective was to analyze perception of inclusion in drug users labor market in relation to the stigma of substance abuse.*

Keywords: *CAPS-AD, the labor market, stigma, drugs.*

INTRODUÇÃO

Abordar sobre temática das drogas é sempre polêmico na sociedade brasileira pelos valores "conservadores" da ancestral sociabilidade capitalista, apesar dos avanços nos debates e nas políticas públicas de cuidado de saúde com usuários de uso abusivo de álcool e outras drogas.

O termo "dependente", no sentido geral, é uma doença prevista na "Classificação Internacional das Doenças (CID)". Essa norma é emitida pela OMS, órgão da ONU. No "sentido

* Assistente Social, Doutora e Mestre em Serviço Social (UFRJ), , Especialista em Saúde Mental Coletiva (ESP/RS), Docente da Universidade Federal do Tocantins (UFT).Coordenadora do Grupo de Estudos e Extensão - Saúde, Interdisciplinaridade & Cidadania (GESIC). .

** Assistente social (UFT), Residente em Saúde Mental pela Prefeitura de Palmas (TO), integrante do Grupo de Estudos e Extensão- Saúde, Interdisciplinaridade & Cidadania (GESIC).

geral" significa que abrange outras dependências, como jogo, sexo, computadores etc. Há critérios médicos para diferenciar um usuário ocasional do dependente. Também há leis restritivas para dependentes/usuários exercerem algumas atividades, como pilotar aviões, caminhões e outros veículos automotores, além de máquinas que exijam concentração e domínio das percepções de tempo e distância, pois estas são alteradas pelo consumo de algumas drogas (álcool, *Cannabis*, LSD).

Em 2003 na III Conferência Nacional de Saúde Mental foi consolidado o compromisso para a efetivação e estruturação de redes para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. No ano seguinte foi publicado a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, acompanhando a lógica da Reforma Psiquiátrica, e como um desenrolar da Lei Federal n. 10.216/2001, também denominada de Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Essa política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas rompeu, no plano legal com o modelo de intervenção institucional baseado no binômio médico e jurídico, hegemônico durante todo o século XX. A partir dessa nova forma de atenção em saúde mental foi criado o CAPS-AD com o objetivo de atender as pessoas dependentes de alguma substância psicoativa (SPAs), por meio de tratamento e o acolhimento integral aos usuários e seus familiares.

Em 2006 foi aprovada no Brasil pelos parlamentares, coordenados pelo SENAD, a Lei n. 11.343; também se instituiu pelo Decreto n. 5.912 de 27 de setembro de 2006. o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Foi a partir dessa lei que o usuário de substâncias psicoativas passou a ser diferenciado do traficante, onde foi reconhecido que a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.

O usuário de SPAs – Substâncias Psicoativas – passou a receber restauração com o objetivo de ressocialização e a reabilitação da saúde. (SENAD, 2011, p. 219). Pode-se, então, considerar que foi significativo na ampliação da rede de cuidados aos usuários

de álcool e drogas, reconhecendo os direitos e fornecendo um tratamento humanizado para esses sujeitos.

Entretanto, essas conquistas vêm sendo ameaçadas por uma retomada neo higienismo, atualizando as linhas limítrofes entre a proteção e a punição por meio das intervenções do judiciário junto aos usuários de drogas. As propostas de cunho neo higienistas vem atrelados as formas de controle e normatização das condutas dos pobres. Cabe ressaltar, que quando falamos de higienismo entendemos que discurso da higiene do corpo se espraia para áreas de comportamento normativo da vida social dos sujeitos.

Diante das marchas e contramarchas da proteção e punição acerca da questão das drogas na sociedade, o artigo buscou problematizar a relação entre estigma de "drogado" e o acesso ao trabalho, na visão dos usuários de substâncias psicoativas e profissionais que trabalham no CAPS-AD.

1 CLASSES PERIGOSAS E AS DROGAS: INVISIBILIDADE DAS RELAÇÕES DE CLASSES E ETNICO- RACIAL

> Tendo que viver escondido no submundo
> Tratado como pilantra, safado, vagabundo
> Por fumar uma erva fumada em todo mundo
> É mais que seguro proibir que é um absurdo
> Aí provoca um tráfico que te mata em um segundo
> A polícia de um lado e o usuário do outro
> Eles vivem numa boa e o povo no esgoto.
>
> (Planet Hemp).

O monumental desemprego, a falta de oportunidades para estudar e a precarização constante do trabalho deixaram ainda mais difícil ter uma profissão e se inserir no mercado; assim, grande parte da população passa a ser descartável, não podendo competir no mercado de trabalho que está cada vez mais excludente; com isso as pessoas tiveram que organizar novas formas de produção de renda, onde o trabalho informal e

a ilegalidade passam a ser um meio de sobrevivência e o tráfico de drogas passa a ser uma das poucas opções de sobrevivência. O tráfico, apesar de sua ilegalidade, fornece um meio para esses sujeitos, que foram excluídos ou não tiveram oportunidade de inserção no mercado de trabalho formalizado, manterem o sustento próprio e da família; porém, como consequência, estigmatiza e exclui ainda mais o indivíduo da sociedade e lhe acarreta a discriminação e a criminalização.

Para Jesse de Souza (2009), a "legitimidade" da desigualdades sociais no Brasil perpassam pelo esquecimento do pertencimento de classe e, ou seja, fica obscurecida a raiz das assimetrias sociais e conflitos entre os sujeitos sociais. Esse fato da "invisibilidade da classe" que aparece no cotidiano dos "olhos" do senso comum como um atribuído de mérito individual, e não como algo construído socialmente por meio das relações de classes. "E apenas porque classes se tornam invisíveis é que senso comum e as ciências que se constroem a partir delas podem ver o individuo e o mérito individual como fonte legitima de privilégios" (SOUZA, 2009, p. 47). Sendo que o segmento pobre que forma a "ralé estrutural":

> Essa classe social que é sempre esquecida enquanto uma classe com uma gênese e um destino comum, só é percebida no debate público como um conjunto de "indivíduos" carentes ou perigosos, tratados fragmentariamente por temas de discussão superficiais, dado que nunca chegam sequer a nomear o problema real, tais como "violência", "segurança pública", "problema da escola pública", "carência da saúde pública", "combate 'á fome" etc. (SOUZA, 2009, p. 21).

Sob outro ângulo não só é invisível da questão da classe no Brasil, mas também questão étnico- racial . Desse modo "Penalizar a miséria significa aqui "tornar invisível" o problema negro e assentar a dominação racial dando-lhe um aval de Estado". (WACQUANT, 1999, p. 6).

A reboque do passado a atualidade pós-fordista e pós – keynesiana, as práticas repressoras da força policial vem reeditando sob novas mediações da violência simbólica e física imbricado nas relações de classe e étnico-raciais, visto que alvo principal da repressão são as favelas formada historicamente pelo segmento negro

> O recorte da hierarquia de classes e da estratificação etnico-racial e a discriminação baseada na cor, endêmica nas burocracias policial e judiciária. Sabe-se, por exemplo, que em São Paulo, como nas outras grandes cidades, os indiciados de cor "se beneficiam" de uma vigilância particular por parte da polícia, têm mais dificuldade de acesso a ajuda jurídica e, por um crime igual, são punidos com penas mais pesadas que seus comparsas brancos. E, uma vez atrás das grades, são ainda submetidos às condições de detenção mais duras e sofrem as violências mais graves. (WACQUANT, 1999, p. 6).

Aliado ao fato da pobreza e falta de oportunidade, os usuários de substâncias psicoativas (SPAs) também são duplamente criminalizados sob espectro das classes perigosas, ora como doente-violento, ora como traficante- violento.

Cabe ressaltar, que a gestão originária da visão da periculosidade social acerca dos segmentos que compõe as classes perigosas surgiu no Brasil no período da Velha República:

> No Rio de Janeiro, assim como na Europa, os primeiros interessados em esmiuçar a cena urbana e seus personagens populares voltaram sua atenção para o cortiço, considerado no século XIX como o locus da pobreza, espaço onde residiam alguns trabalhadores e se concentravam, em grande número, vadios e malandros, a chamada "classe perigosa". (VALLARES, 2000, p. 7).

No Brasil da época havia uma visão "negativa" do trabalho manual associada à escravidão, tornando-se necessário o disciplinamento dos trabalhadores por meio da inculcação de "novos" valores para atender ao moderno padrão produtivo. Portanto, a arquitetura histórica da relação entre classes

perigosas e uso de substância psicoativa tem os seus alicerces no disciplinamento da sociabilidade na centralidade do trabalho.

> Neste sentido, tratar a questão da sociabilidade dos trabalhadores urbanos é admitir que a dominação se deu na totalidade da vida social, com manifestações especificas para seu aspecto não fabril. (...) Construir o trabalhador adequado ao modo de produção capitalista incluiu construir o seu modo de viver através da imposição de normas e valores para sua família e para suas formas de convivência. (BACKX, 1994, p. 76).

O texto "Os males do alcoolismo", da palestra proferida pelo Padre Prado, no Centro dos Operários Católicos do Brasil em 1913, expõe claramente a articulação entre religião e medicina na moralização e disciplinamento das classes operárias.

> O homem dado ao vício da embriaguez é inútil quando não perigoso, fica obsceno; se é justo, torna-se inconsequente e cruel; se é sábio, embrutece o espírito e apaga os luminosos fachos da razão; se é bom, torna-se mau; se é honrado, avilta-se; se é religioso, abraça libertinagem. (...) pessoas que se embriagam para terem coragem de praticar os maiores crimes, desde falta de respeito aos superiores até o assassinato. Prova cabal de que a bebida em demasia leva ao homem maiores desatinos e aos crimes mais censuráveis. (PRADO, 1913 apud CARONE, 1984, p. 270-271).

O segundo argumento foi que o uso do álcool levava à loucura, doença e desintegração familiar:

> A medicina, meus senhores, condena o alcoolismo, e por quê? Porque estudando as moléstias, descobriu grande mal que as bebidas produzem no corpo humano. (...) E a loucura? Essa cegueira da alma, ante a qual todos ficam horrorizados, a loucura é ainda causada pelo álcool. (...) grande parte dos habitantes de hospícios de alienados, dizem médicos notáveis, foram enviados pelo abuso de bebidas. Filho do alcoólico é condenado ao raquitismo, à

> escrofulose (...). O alcoolismo é, pois, condenado pela Religião, pela Moral e pela Ciência, tanto são os males que acarreta ao indivíduo, à família e à sociedade. (CARONE, 1984, p. 272-273).

Outro aspecto termo classes perigosas é o alinhamento com a questão étnico-racial, de gênero e até de comportamento político, como no caso de revolucionários.

> Cesar Lombroso tornou o racismo uma questão policial. Segundo Lombroso[1], os delinquentes nasciam delinquentes, e nos sinais de animalidade que os denunciavam eram os mesmos sinais peculiares aos negros africanos e aos indígenas (...) homicidas tinham pômulos largos, cabelo crespos e escuro, pouca barba, grandes caninos; os ladrões tinham nariz achatados; os violadores , pálpebras e lábios grossos. (...) "até mulheres consideradas normais tem sinais criminaloides". Também os revolucionários: "nunca vi um anarquista de rosto simétrico". (GALEANO, 2011, p. 56).

A questão do uso de drogas vincula-se a uma forma de criminalização da pobreza imbuída pela lógica das classes perigosas, "o 'mito da marginalidade' não desapareceu simplesmente. Na verdade década de 80 retoma seus ingredientes: o clichê segundo o qual os favelados são vistos como traficantes de drogas ou, pelo menos, como criaturas socialmente perigosas e moralmente deformadas, porque cúmplices dos traficantes". (SOUZA, 2005, p. 90).

A partir do fim da década de 90, o Brasil vem importando dos Estados Unidos a "doutrina da tolerância zero", onde a repressão aos pobres, negros e favelados, seguidos de punição e encarceramento, vem se instalando como uma forma de segurança pública. "A doutrina da tolerância zero propagou-se através do globo a uma velocidade alucinante. E com ela a retórica militar da "guerra" ao crime e da "reconquista" do espaço público, que assimila

---

[1] Este professor italiano, que era judeu, quis demonstrar a periculosidade dos selvagens primitivos através de um método muito semelhante ao que Hitler utilizou, meio século depois, para justificar o antissetismo (GALEANO, 2011, p. 56).

os delinquentes (reais ou imaginários), sem-teto, mendigos e outros marginais a *invasores estrangeiros* – o que facilita a amálgama com a imigração, sempre rendoso eleitoralmente" (WACQUANT, 2011, p. 30). Isso aflorou ainda mais uma constante separação de classes, que se arrasta até os dias atuais, onde as oportunidades para um grupo de pessoas ficam mais escassas a cada dia, não por serem pessoas que não estejam adeptas para o ingresso no mercado de trabalho, mas por serem pessoas que, historicamente, já vêm sofrendo com o preconceito racial e vêm sendo agravada os estereótipos como "perigosas", "marginais", "vagabundos". O usuário de drogas faz parte dessa concepção histórica, que vem atualizada no sistema neoliberal na concepção de classes "perigosas" e "incivilizadas".

Esse estigma não facilita em nada o ingresso dessas pessoas na sociedade "civilizada"; pelo contrário, com a falta de oportunidade que a sociedade brutalmente lhes extrai, só impulsiona mais essas pessoas à situação de dependência que a sociedade tanto condena. Esses estereótipos discriminatórios são sustentados por dois alicerces, a desigualdade social e a falta de oportunidades igualitárias para todos.

Vivemos numa sociedade quais as pessoas são classificadas como "mocinhos" e "bandidos"; essa classificação leva em conta a pobreza, a falta de oportunidade e a falta de estudos e é um fator para criminalizar as pessoas e rotulá-las como "bandidos". "A sociedade brasileira continua caracterizada pelas disparidades sociais vertiginosas e pela pobreza de massa que, ao se combinarem, alimentam o crescimento inexorável da violência criminal, transformada em principal flagelo das grandes cidades." (WACQUANT, 2011, p. 8).

Muitos dos usuários de substâncias psicoativas fazem seu uso sem que a sociedade esteja ciente da sua situação de dependência; ou seja, ocultam seu estigma social dos colegas de trabalho e até mesmo de familiares, para que assim não sejam julgados e marginalizados pela sociedade como pessoas diferentes e incapazes de se inserirem no mercado de trabalho. Conforme Goffman (1891, p. 7) "um estigma é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito,

em parte porque há importantes atributos que em quase toda a nossa sociedade levam ao descrédito".

No mercado de trabalho também não é diferente; a intenção do estudo é mostrar que as pessoas não são "caixinhas prontas" e que podem, em algum momento da vida, terem um comportamento "desviante" para os olhos da sociedade, mais isso não os caracterizam como perigosos, estranhos, diferentes ou que não estejam aptos ao trabalho; essas pessoas devem ser reinseridas socialmente e não estigmatizadas e criminalizadas por sua situação.

Devido a uma característica do sujeito considerada "minoritária" e diferenciada das "normais", o usuário passa a ser alguém desacreditado; ele sempre é e será apontado como o diferente, o estranho: "sugeriu-se que o indivíduo estigmatizado se define como não diferente de qualquer outro ser humano, embora ao mesmo tempo ele e as pessoas próximas o definam como alguém marginalizado". (GOFFMAN, 1991, p. 119). O uso de drogas ilícitas é visto pela sociedade como algo anormal, perigoso e marginalizado, o sujeito que faz uso de tais substâncias é considerado como rebelde, irresponsável, perigoso, marginal, bandido e incapaz de um convívio social, sendo sugeridos pela família, amigos e boa parte da sociedade que esse sujeito seja internado e medicado para que possa se adequar as normas societárias, "a principal característica da categoria acusatória "drogado" é, segundo ele, trazer à tona a ideia de "doença mental", capaz de retirar do indivíduo o pleno discernimento racional e uma ameaça para a reprodução "sadia" da sociedade (FIORE, 2006, p. 39).

Quando o sujeito dependente químico é estigmatizado como um "criminoso" ou "doente" ele naturalmente será visto e considerado pela sociedade e pelo mercado de trabalho como uma pessoa incapacitada para desenvolver qualquer função ocupacional; ou seja, ele não terá a oportunidade de mostrar sua capacidade e produtividade. O uso abusivo de drogas traz consigo a característica de rebeldia, irresponsabilidade; acarretando, assim, prejuízos financeiros para o dependente químico, pois, querendo ou não, a sociedade discrimina como "diferente" algo que não conhecem e as oportunidades de uma inserção no mercado de trabalho serão

diminuídas; o sujeito pode até ter vontade e disponibilidade para o trabalho; porém, o estigma de "drogado" lhe trará algumas consequências diante do modelo societário vigente.

Para Fiore (2006, p. 40), "os usuários de drogas são considerados desviantes porque infringem uma norma social e legal reconhecida e institucionalizada, e não porque, de fato, pratiquem uma ação com um sentido naturalmente desviante ou não-funcional para o conjunto da sociedade". O dependente químico fica estigmatizado, logo rotulado socialmente. A sociedade consegue ver apenas "um lado da moeda", ou seja, somente o estigma das drogas, deixando de enxergar o sujeito como um cidadão comum que merece as mesmas oportunidades de inserção como qualquer outro, o que acarreta para o dependente químico a afloração da falta de trabalho que, se para as pessoas "normais" o mercado de trabalho já se encontra competitivo, para o dependente químico as chances de inserção ficam cada vez mais escassas, chegando a tal ponto de que o dependente químico só é visto pela sociedade como um "drogado" e nada mais.

2 TRABALHO E ESTIGMA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS DO CAPS –AD

Eu estou descontraído
Não que eu tivesse bebido
Nem que eu tivesse fumado
Pra falar de vida alheia

Mas digo sinceramente
Na vida, a coisa mais feia
É gente que vive chorando
De barriga cheia
(Zeca Pagodinho).

A pesquisa teve a participação de três (03) profissionais e sete (07) usuários. Na coleta de dados com os profissionais utilizou–se questionários e com os usuários utilizamos a entrevista semiestruturada. O objetivo era analisar como os usuários de

álcool e outras drogas têm se inserido no mercado de trabalho, a partir da visão dos usuários e dos profissionais do CAPS-AD. A análise pautou-se no referencial do interacionismo simbólico, no sentido que visa analisar os processos de socialização e ressocialização dos usuários do CAPS-AD no mercado de trabalho e, consequentemente, na sociedade.

> Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original. (GOFFMAN, 1981 p. 8).

O interacionismo simbólico é importante no estudo da vida social, pois por meio dele podemos perceber que as pessoas são seres capazes de raciocinar e flexibilizar para se adequarem às diferentes situações.

> Assim, o interacionismo simbólico é uma das formas de se interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas. O interacionismo simbólico é uma metodologia empírica que usa procedimentos tais como: estudos de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, conversações, análise de documentos, cartas, diários entre outros. O termo interacionismo vem da palavra interagir, que significa "agir mutuamente". (SANTOS, S., 2008, p. 3).

Para melhor compreensão e análise, organizamos os dados em eixos temáticos que se encontram no item seguinte.

2.1 A percepção dos usuários: resultados da instigação

A pesquisa intitulada foi realizada no CAPS-AD , e teve como entrevistados 07 (sete) usuários e 03 (três) profissionais durante o período de feitura do estágio. Seguem os resultados.

- ***Eixo 1: Perfil dos entrevistados***

Nesse primeiro eixo tem-se o objetivo de traçar um perfil dos usuários de álcool e outras drogas, a fim de verificar a interface entre a inserção no mercado de trabalho e as condições dos sujeitos acerca de sua faixa etária, escolaridade, tipo de substância e da origem étnico-racial. Os usuários entrevistados tinham entre 18 e 37 anos; sendo assim, pode-se dizer que trata-se de pessoas jovens que podem e devem estar inseridas no mercado de trabalho, pois o que pudemos analisar por meio das entrevistas é que nenhum dos usuários entrevistados estão inaptos em suas condições físicas e mentais; porém a maioria diz que não está trabalhando por falta de oportunidade no mercado de trabalho; somente dois dos entrevistados dizem estão inseridos no mercado de trabalho. Porém, um deles diz que o fato dele estar trabalhando, deve-se à sua aprovação em um concurso público, pois ele afirma que, antes de ser efetivado como funcionário público, não conseguia ingressar no mercado de trabalho pelo fato de que este está muito competitivo e por contratar trabalhadores que não tenham vícios. Os usuários entrevistados, na sua maioria, tinham profissões para se inserirem no mercado de trabalho; algumas das profissões eram as de vendedor, motorista, entregador, marceneiro, cozinheiro e garçom e ajudante de produção. Porém, os usuários entrevistados diziam não conseguir se inserirem no mercado de trabalho devido à falta de oportunidades, o que também pode-se articular com a discriminação em relação ao dependente químico. Outro entrevistado diz que devido à discriminação e o preconceito contra os usuários de SPAs, o trabalho informal é a única forma que ele encontra para prover seu sustento.

> Na ausência de qualquer rede de proteção social, é certo que a juventude dos bairros populares esmagados pelo peso do desemprego e do subemprego crônicos continuará a buscar no "capitalismo de pilhagem" da rua (como diria Max e Weber) os meios de sobreviver e realizar os valores do código de honra masculino, já que não consegue escapar da miséria do cotidiano. (WACQUANT, 2011, p. 8).

A falta de emprego e oportunidades para os jovens leva a muitos deles a procurarem subsídios de adequação e sobrevivência, inserindo-se onde eles sintam aceitação, o que os levam a procurarem pela ilegalidade, pois neste meio não existem tantas exigências e métodos excludentes como há no mercado de trabalho. Cabe ressaltar que os entrevistados, em sua maioria, faziam uso do álcool ou diziam que o álcool foi uma porta de entrada para o uso das outras drogas, o que leva "desmitificar" que a maconha seria a principal droga que desencadeia as outras.

Com relação à escolaridade dos usuários entrevistados, cerca de 03 (três) pessoas tinham o Ensino médio, 03 (três) tinham Ensino Médio Incompleto e 01 (um) tinha o 1º Ensino Fundamental. Analisando esses sujeitos percebe-se que nenhum deles teve oportunidades de ingressar em um estudo de nível superior, seja pelas condições financeiras que não lhes permitiam ou por uma falta de incentivo do estado que não aprovisionou as oportunidades ou qualquer método de inserção dessas pessoas em uma rede de ensino superior. Mais da metade dos usuários entrevistados eram negros e pardos e somente 02 (dois) deles estavam inseridos no mercado de trabalho; os outros 05 (cinco) diziam que estavam desempregados pela falta de oportunidades de trabalho para o dependente químico. .

Podemos associar nessa análise o grau de escolaridade dos usuários entrevistados do CAPS-AD, a questão étnico-racial e o número dos entrevistados que estão inseridos no mercado de trabalho e os que não estão. Com isso, observa-se que o uso de SPAs associado à questão étnico-racial gera uma discriminação em grande escala e, como se vê, nenhum dos entrevistados teve a oportunidade de ingressar na faculdade; até mesmo pelo fato de

serem oriundos das classes populares, que no decorrer da história sempre foram criminalizados e marginalizados, por serem uma classe que vive à "margem" da sociedade, com grandes dificuldades em relação às oportunidades e direitos de ensino, educação e saúde.

> O Brasil é, do ponto de vista jurídico-formal, uma democracia. Todos são iguais perante a lei, cidadãos com direitos e deveres iguais. Mas a realidade experimentada no cotidiano mostra uma realidade muito diferente. Muita coisa explica a miséria absoluta, o 'jeitinho', o apadrinhamento, a benevolência da lei para com os brancos e de colarinho e gravata, a fome cíclica no sertão, a explosão de favelas etc. (...). Estes se veem às voltas com uma situação paradoxal: em um mundo oficialmente de iguais, são tratados como peças fora do jogo. Quando se voltam para o universo simbólico, no qual deveriam encontrar pontos de apoio para a construção de uma imagem à qual possam se identificar, encontram um espelho que não lhes devolve imagem alguma. (BEZERRA, 2005, p. 48).

Bezerra (2005) mostra em sua citação como se dá as desigualdades sociais no Brasil e como tudo é muito mais difícil para aqueles que são considerados "irrelevantes" para a sociedade e para o mercado brutal de trabalho. Essas pessoas procuram um apoio que não encontram na sociedade, que diz que todos são iguais perante a lei com direitos e deveres, mas na realidade não é assim que acontece.

- ***Eixo 2: Inserção e permanência no mercado de trabalho***

Neste eixo se fará uma análise da percepção dos usuários e dos profissionais entrevistados do CAPS-AD, com relação à dificuldade de inserção no mercado de trabalho que os usuários de SPAs encontram. Serão apresentados os depoimentos dos usuários sobre suas experiências no trabalho e como eles sentiram essa discriminação, tanto na dificuldade de inserção quanto no próprio

trabalho. Inicia-se a análise apresentado os dados dos usuários entrevistados com relação à inserção no mercado de trabalho Em um universo de 07 (sete) usuários entrevistados, encontra-se 01 (um) empregado, 05 (cinco) desempregados e 01 (um) com trabalho informal. Como já mencionado anteriormente, os 05 (cinco) que estão desempregados dizem isso devido à falta de oportunidades no mercado de trabalho, que vem sendo agravada devido à discriminação das empresas em contratar um dependente químico, mesmo em tratamento. A seguir, veja-se o depoimento de um usuário entrevistado que diz já ter sofrido discriminação no mercado de trabalho devido à sua condição de dependência.

> *Sim! Já fui demitido por conta da minha relação com o álcool. Eu nunca fui embriagado para o trabalho não! Mas assumo que já tomei uns tragos no meu horário de almoço, mas nada demais! Algo corriqueiro mesmo! Mas meu patrão não gostou muito não e me demitiu. Acho que fui injustiçado, discriminado, sei lá! Pois eu não estava bêbado e estava produzindo normalmente no trabalho. Talvez tenha sido uma forma que ele achou de se prevenir. (USUÁRIO ENTREVISTADO 3).*

A relação que o dependente químico tem com a substância e com a visibilidade social que deve repassar para a empresa em que trabalha é um caso a ser pensado e analisado cuidadosamente, pois o dependente químico fica em um impasse se deve esconder sua situação ou se deve confiar e manter uma relação de cumplicidade com o empregador a respeito da sua situação. Mas, ao mesmo tempo, o dependente químico traz consigo o receio de ser discriminado ou até mesmo demitido, optando muitas vezes esconder do empregador e dos demais colegas a sua dependência, ficando desse modo com a angústia de, a qualquer momento, sua situação se tornar visível para as outras pessoas e, consequentemente, sua permanência naquele emprego ficar ameaçada. Goffman (1891, p. 59) vem nos dizer que:

> Em primeiro lugar, a visibilidade de um estigma deve ser diferençada de sua "possibilidade de ser conhecido". Quando um estigma de um indivíduo é muito visível, levará o seu estigma a ser conhecido. Mas se outras pessoas conhecem ou ao o estigma de um indivíduo depende de um outro fator além de sua visibilidade corrente, ou seja, de que elas conheçam, ou não, previamente o indivíduo estigmatizado – e esse conhecimento pode estar baseado em mexericos sobre ele ou num contato anterior com ele durante o qual o estigma mostrou-se visível.

A visibilidade de um estigma em meio a essa sociedade preconceituosa e excludente em tempos atuais gera discriminação e opressão, obrigando as pessoas a adequar-se os comportamentos impostos. Os sujeitos que se "desviam" desses padrões se deparam com as dificuldades de inserção e permanência no trabalho. No entanto, o mercado de trabalho encontra-se em acirrada competição; as vagas são insuficientes para todos; com isso, o mercado tende a categorizar as pessoas em dois grupos, os que servem para o trabalho e os "descartáveis", ficando nesse último grupo os sujeitos que, para a sociedade, são mal vistos ou são vistos como "marginais", "vagabundos" ou "irrelevantes"; infelizmente, o uso abusivo de drogas traz consigo esses preconceitos, ficando cada vez mais difícil o dependente químico ser aceito socialmente no trabalho. Vejam-se as falas dos entrevistados que ilustram dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho.

> *Olha eu vou te contar que não foi fácil nesse meu último emprego, foi difícil pra conseguir entrar na empresa, pois já sabiam por lá que eu era usuário de drogas, mais com muito custo consegui o trabalho, mas foi por pouco tempo. Fui demitido devido a uma única falta, todos faltavam de vez em quando, mas não sei porque que implicaram comigo, faltei uma única fez, e não foi devido ao uso de drogas não! Faltei pra resolver uns problemas em casa. Mas não teve jeito, eles encasquetaram que eu estava usando drogas, então me demitiram. (USUÁRIO ENTREVISTADO 4).*

> *Eu moro em uma cidade pequena que todo mundo conhece todo mundo, então todos sabem que eu sou usuário de drogas, por isso não consigo trabalho em lugar nenhum. Terminei o 2° grau, fiz uns cursos profissionalizantes ai, mas mesmo assim ninguém quer me dá trabalho. (USUÁRIO ENTREVISTADO 5).*

A partir dos relatos, os entrevistados apontam que a situação de dependência química não os atrapalha em desempenho; porém, os maiores impasses são a aceitação das empresas e o descrédito que a sociedade tem com relação a estes sujeitos. Isso ocorre até mesmo pelo fato da sociedade desconhecer o assunto sobre a dependência química, trazendo consigo julgamentos preconceituosos e marginalizantes, de "bandido", "irresponsável", "perigoso", "drogado" entre outros. Esse estigma faz com que o dependente químico fique com a imagem como se seus únicos objetivos da vida fossem somente o uso da droga.

Cabe ao Ministério da Saúde investir em campanhas esclarecedoras e informativas com relação, não só a dependência química, mas também ao tratamento e a socialização. Pois, por meio de campanhas desse caráter, a sociedade poderá ter mais conhecimento com a questão da dependência química e, pouco a pouco, vai poder quebrar com o preconceito da droga que a assombra ao longo da história. Ressalta-se somente uma entrevista na qual o usuário informava que estava empregado formalmente, pois havia passado em um concurso público. Mas afirma que, antes de ingressar em um cargo público, sentia dificuldades para conseguir trabalho por ser usuário de drogas.

> *Graças a Deus eu consegui passar em um concurso público e estou trabalhando, pois antes "tava" difícil pra mim arrumar trabalho. Eu não sei o que as pessoas pensam, só porque alguém é usuário de drogas eles acham que agente vai andar por ai drogado 24 h por dia. Principalmente essas pessoas mais antigas, pensam que usuário de drogas não serve pra nada, a não ser pra usar drogas. Eu*

mesmo nunca usei nada no período de trabalho. (USUÁRIO ENTREVISTADO 6).

Observando a fala do usuário entrevistado comprova-se que vivemos em uma sociedade onde a discriminação contra o dependente químico é histórica, por mais que o dependente tente adequar-se aos padrões societários, o preconceito está internalizado socialmente com relação ao uso de drogas.

> As atitudes que nós, "normais", temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. (GOFFMAN, 1981, p. 8).

O autor em sua citação define como a sociedade se comporta diante do "diferente", do estigmatizado. Afirma também que a discriminação da sociedade diante do estigmatizado pode, consciente ou inconscientemente, reduzir as chances de oportunidades na vida dos sujeitos estigmatizados. Os sujeitos dependentes químicos que estão ou já estiveram inseridos no mercado de trabalho, sofrem ou já sofreram com a dificuldade de permanência, pois as discriminações dos colegas de trabalho e até mesmo do empregador são constantes. Pois, assim que um estigma de usuário de álcool ou outras drogas é visível, o grau de confiabilidade neste sujeito fica posto em "cheque". Abaixo se registra as falas de alguns usuários entrevistados que sofreram algum tipo de discriminação ou tiveram dificuldades com a permanência no mercado de trabalho devido serem usuários de álcool ou outras drogas.

Eu tenho um pouco de dificuldades de permanecer no emprego, por conta do uso do álcool, já fui demitido também, não por estar embriagado, mais me disseram que eu estava com cheiro de bebida, eu não sei se é verdade, pois essa coisa de cheiro de

> *bebida a gente não consegue sentir na gente mesmo (USUÁRIO ENTREVISTADO 1).*

Conforme entrevistados, notamos que o estigma acarreta preconceito e discriminação, mesmo quando o sujeito não está sob feito da substância, ocasionando, dessa maneia, rótulos discriminatórios e a quebra da confiabilidade.

> Os signos portadores de informação social variam é claro, no que se refere à sua confiabilidade. Vasos capilares dilatados no rosto e no nariz, algumas vezes chamados de "estigma venoso" com maior propriedade do que se acredita, podem ser, e o são, tomados como indicadores de excessos alcoólicos. Entretanto, os abstêmios também podem exibir o mesmo símbolo por outras razões fisiológicas dando, assim, lugar a suspeitas injustificadas sobre si mesmos mas que, apesar disso, eles devem enfrentar. (GOFFMAN, 1981, p. 57).

Portando a visibilidade social do sujeito, mesmo que não seja sua real condição, será uma porta de entrada para um estigma, sendo alvo do preconceito e da discriminação. A sociedade atual ou até mesmo histórica fazem suas conclusões a partir de um pré-julgamento de algo ou alguém que não conhecem, desenvolvendo, assim, o preconceito.

Em suma analisamos até momento relatos dos usuários entrevistados os quais todos afirmam estarem aptos ao trabalho; porém, o mercado de trabalho está excludente, escasso e está cada vez mais competitivo, gerando assim grandes índices de desemprego. Os dependentes químicos lidam com essa metamorfose do mercado de trabalho e sua competitividade; além disso, têm que lidar com os estigmas de "vadiagem", "doentes", "perigosos", "irresponsáveis" e "bandidos". Essa mesma perspectiva é compartilhada nas falas dos profissionais entrevistados do CAPS-AD sobre a inserção do usuário de álcool ou outras drogas no mercado de trabalho:

> *O mercado de trabalho reage com receio de recaídas e não assiduidade ao serviço. Assim,*

as oportunidades restringem-se á minoria." (PROFISSIONAL ENTREVISTADO 1).

A questão da droga é vista pela sociedade com muito preconceito. O usuário é tido como "vagabundo", "marginal" por grande parte dos familiares e a sociedade. Ainda são muito incipientes as informações do que seja um dependente químico, que da hora que passa a ser dependente torna-se um doente e como tal, necessita tratar-se. Sendo assim, o mercado de trabalho também tem internalizado esses preconceitos, o que dificulta, com certeza, a inserção dessas pessoas. (PROFISSIONAL ENTREVISTADO 2).

O usuário do CAPS-AD sofre todos os tipos de discriminação. Ele vive à margem da sociedade e é excluído, até pelos profissionais especializados da área. Quanto ao mercado de trabalho, falta qualificação e oportunidades, pela discriminação. Isso está mudando a partir de projetos nacionais do pessoal do Direito, que está abrindo oportunidades de vaga no mercado de trabalho. (PROFISSIONAL ENTREVISTADO 3).

Observa-se que todos os profissionais entrevistados reconhecem a discriminação e a falta de oportunidade que o usuário de drogas vem sofrendo na sociedade e no mercado de trabalho, até mesmo por um fator histórico e classista. Pela fala destes profissionais entendemos que a sociedade discrimina o que não conhece o que é considerado "diferente" ao olhar societário e internaliza o preconceito considerando, assim, o usuário de drogas um "doente" ou "vagabundo", inapto para o mercado de trabalho. No entanto, não existe nenhum programa de incentivo à inserção no mercado de trabalho ou alguma campanha do Ministério da Saúde que contribua no combate a esse tipo de discriminação.

A estigmatização traz consequências às identidades dos usuários que talvez sejam mais duradouras que o próprio efeito químico do uso. Quando

> o estigma – entendendo- se estigma como um status negativo – de ser usuário adere à pele de um cidadão, sua identidade torna-se passível de ser socialmente configurada de forma que outras de suas características psicossociais constitutivas e papéis tendam a tornar-se secundários. Nesse sentido, aqui é proposta uma reflexão não em torno do usuário que não tem outra representatividade distinta da representatividade de usuário, mas do usuário que consegue sustentar outros papéis sociais sem que o consumo de psicoativos o reduza ao papel e à representação exclusivos de usuário. (LUIS, 2008, p. 2).

Os estigmas trazem consequências para a vida social do sujeito, deixando-o com papeis e funções sociais restritos, o de "drogado", não se enxergando, dessa maneira, além do uso de drogas, o sujeito capaz de cumprir com suas obrigações e papéis sociais. Como já mencionado anteriormente, faltam campanhas que desmistifiquem com os estereótipos que se impregnaram nesses sujeitos ao longo da história, estereótipos que o inferiorizam e o discriminam na sociedade. Veja-se por meio das falas dos profissionais entrevistados sobre as dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho:

> *Percebe-se que há receio do mercado em manter ou dar oportunidade a um paciente, mesmo em tratamento. Assim vê-se que os pacientes preferem omitir sua verdadeira situação a arriscar uma cumplicidade com o empregador. (PROFISSIONAL ENTREVISTADO 1).*

> *Eles apresentam dificuldades no que diz respeito a rotinas e normas; além do mais, a imagem do usuário de álcool e outras drogas está sempre associada à violência e à marginalidade, o que dificulta sua reinserção social (PROFISSIONAL ENTRESVISTADO 3).*

Os profissionais apontam que há muita discriminação e falta de oportunidades para o sujeito que faz uso de drogas

acarretando, assim, vários estigmas e estereótipos que, muitas vezes, o sujeito tenta esconder da sociedade ou da empresa onde trabalha, até mesmo para preservar o seu emprego ou por medo de uma demissão devido ao preconceito.

Porém, percebemos nas falas dos profissionais entrevistados 02 (dois) e 03 (três) que os próprios profissionais criam estereótipos e estigmatizam as pessoas com dependência química, pois demonstram pensamentos preconceituosos quando se referem ao dependente como um sujeito incapaz de cumprir com outras funções sociais e normas ou que levam uma vida somente em função do uso da droga, cometendo crimes, delitos, furtos e agressividade. Nas falas dos usuários entrevistados que existe uma vontade da parte deles de se inserirem no mercado de trabalho, mas devido à discriminação e a falta de entendimento e desconhecimento das empresas no que diz respeito à dependência química, elas sentem receio em contratar um usuário de SPAs. Os entrevistados dizem que não conseguem um trabalho cujo empregador entenda sua situação ficando, assim, mais difícil a inserção e permanência no mercado de trabalho. No entanto, o que analisamos foi a falta de oportunidades que os sujeitos que fazem uso de álcool ou outras drogas encontram no mercado de trabalho; nenhum dos entrevistados relata que, pelo fato do uso das substâncias psicoativas, não consigam cumprir com suas funções no trabalho, o que nos leva a considerar que a discriminação está enraizada na sociedade e, consequentemente, no mercado de trabalho.

- ***Eixo 3: Discriminação e estigma***

Neste eixo apresenta-se as falas dos usuários entrevistados que já sofreram algum tipo de preconceito e discriminação no local de trabalho e como se sentem com relação à discriminação que a sociedade carrega internalizada. Devido a tais receios, os dependentes químicos sentem-se impotentes para irem buscar e competir a uma vaga no mercado de trabalho. Também se apresenta, neste eixo, algumas falas onde eles narram trechos de suas vidas e como foram descriminados socialmente e no mercado de trabalho. Durante a

análise das entrevistas nota-se que a maior parte (71%) dos usuários entrevistados alegam já terem sofrido algum tipo de preconceito no local de trabalho, o que é um percentual considerável nos dias atuais. As pessoas que se consideram "normais" trazem consigo preconceitos enraizados historicamente, de que o usuário de SPAs é "marginal", "vagabundo", "perigoso", "violento", entre outros. E esses preconceitos e discriminações acarretam graves prejuízos à vida dessas pessoas que são precipitadamente rotuladas, pois além de já estarem lidando com a difícil situação de dependência, ainda se sentem excluídos, diferentes e marginalizados, o que os levam a sentir receio em buscar uma vaga no mercado de trabalho. Nas entrevistas questionamos aos usuários entrevistado se eles sentiam algum receio de disputarem uma vaga no mercado de trabalho e obtemos a resposta de que a maioria dos entrevistados sente medo da discriminação, não se sentindo capazes de competir com os considerados "normais" para a sociedade.

Abaixo identificamos alguns relatos dos usuários entrevistados que dizem que precisam esconder seu estigma para serem aceitos socialmente e não serem discriminados pelo mercado de trabalho e pelos colegas de trabalho. A questão do encobrimento do estigma da dependência de drogas é um fator que causa insegurança e medo para o usuário, pois sente-se ameaçado em ser descoberto e perder a vaga de emprego para um trabalhador considerado "normal".

> *Eu nunca sofri discriminação, porém escondia para os meus colegas e para a empresa minha situação de dependência. (USUÁRIO ENTREVISTADO 2).*

Goffman (1991, p. 84) aponta que o momento que o estigma de um sujeito fica sempre aparente, o interesse por ele seria limitado; porém, ele não pode esconder seu estigma de todos para sempre, pois se assim fosse, ele se tornaria um sujeito isolado. As pessoas costumam esconder seus estigmas para serem aceitas socialmente e com o usuário de SPAs não é diferente; porém, por mais que ele tente esconder seu estigma, sempre irá haver uma insegurança e receio de que as pessoas

descubram e, no caso da relação de empregado e empregador, não irá haver uma cumplicidade, uma confiança, até mesmo pelo receio da discriminação e de uma possível demissão. Vejamos os relatos dos usuários entrevistado que revelaram seu estigma de dependente químico no mercado de trabalho e que, por meio desse fato, sofreram discriminação dos colegas de trabalho.

> *Pra mim é um choque de realidade, quando percebo que meus colegas de trabalho não aceitam minha situação de dependência com o álcool. (USUÁRIO ENTREVISTADO 1).*

> *Sempre recebi dos meus colegas conselhos considerados por mim discriminatórios. (USUÁRIO ENTREVISTADO 3).*

> *Meus colegas no trabalho sempre me diziam que eu não conseguiria cumprir com o trabalho, devido o meu vício". (USUÁRIO ENTREVISTADO 5).*

> *Quando sou discriminado por ser usuário de drogas me sinto diferente das demais pessoas. Vem em mim um sentimento de tristeza. (USUÁRIO ENTREVISTADO 7).*

Nota-se nas falas dos usuários entrevistados que as discriminações sofridas lhes traziam tristeza e sentimento de inferioridade, sentindo-se diferentes das demais pessoas; também observa-se em algumas falas que alguns usuários sentiam-se na obrigação de esconder sua situação, por terem medo da discriminação. Algumas falas nos remetem a questão da criminalização do sujeito devido ao seu estigma, sua situação, sendo uma forma de culpar o indivíduo pela situação em que se encontra.

> Quando o estigma de um indivíduo se instaura nele durante a sua estadia numa instituição, e quando a instituição conserva sobre ele uma influência desacreditadora durante algum tempo após a sua saída, pode-se esperar o surgimento de um ciclo específico de encobrimento. (...) Para

> o primeiro emprego, o ingresso oficial exigia que o empregador, e às vezes o chefe pessoal, conhecesse o seu estigma, mas havia sempre possibilidades de que os níveis mais baixos da organização e os companheiros de trabalho fossem conservados numa certa ignorância do fato. Como foi sugerido, isso poderia implicar um certo grau de insegurança porque não se saberia com certeza quem "conhecia" e quem "desconhecia" o fato, e até quando duraria a ignorância dos que não o conheciam. (GOFFMAN, 1981, p. 105).

Respostas que obtemos dos usuários entrevistados quando questionados sobre o receio de ir à busca de uma vaga no mercado de trabalho.

> *Tenho medo de procurar trabalho sim, porque sou muito conhecido aqui na cidade e tenho medo de ser discriminado. (USUÁRIO ENTREVISTADO 3).*

> *Tenho medo de procurar um novo trabalho sim! Eu não pretendo beber mais, mas mesmo assim tenho medo da discriminação. (USUÁRIO ENTREVISTADO 5).*

> *Não tenho medo com relação a isso, pois sou concursado e não pretendo deixar meu trabalho e sei que não serei demitido. E também sei conciliar o trabalho com a dependência. (USUÁRIO ENTREVISTADO 6).*

> *Tenho medo de ir procurar um trabalho e encontrar uma pessoa conhecida que saiba da minha situação, por isso optei trabalhar informalmente. (USUÁRIO ENTREVISTADO 7).*

Nas falas dos entrevistados percebe-se que o principal impasse em competir por uma vaga no mercado de trabalho é o medo da discriminação, pois, por já se sentirem inferiorizados e diferentes dos considerados "normais" e com vários estereótipos societários, preferem não competir ou optam pela informalidade. Analisamos, assim, que a discriminação é um

empecilho na vida desses sujeitos trazendo, desse modo, sérios prejuízos para essa parcela da sociedade. "A sociedade divide as pessoas conforme seus estigmas ou defeitos físicos, gerando a partir daí o preconceito contra aqueles que são diferentes". (GOFFMAN, 1991, p. 138). Assim vê-se que muitos sujeitos não conseguem a oportunidade e nem mesmo a possibilidade de serem "explorados" pelo mercado de trabalho.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Que culpa tenho eu
Me diga amigo meu
Será que tudo que eu gosto
É ilegal, é imoral ou engorda

(Roberto Carlos e Erasmo Carlos)

Verifica-se no estudo que a discriminação, o preconceito e a estigmatização assombram a vida dos usuários e até mesmo dos ex-usuários de álcool e outras drogas, pois, como citamos anteriormente, apesar dos avanços da Política Nacional sobre Drogas, o usuário ainda tem obstáculos na sua inserção social. Esse estigma vem se retroalimentando pela internalização na concepção de "drogado" entre as pessoas, empresas e empregadores, articulado ao discurso do uso de drogas ligado ao "crime" e "vadiagem" que provoca também receios entre os usuários na busca de trabalho.

Os usuários de álcool ou outras drogas têm dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho, não por serem pessoas inaptas para o trabalho, mas pelo fato da existência da avalanche do desemprego, além também da competitividade e da discriminação que ocorre em relação aos dependentes químicos, negros, pardos e as classes subalternas, sendo considerados pelo mercado neoliberal como pessoas irrelevantes para ao mercado. Ao fim da pesquisa identificamos vários conflitos entre o dependente químico e o acesso ao trabalho a partir do estigma de "drogado". Pudemos, com essa pesquisa, identificar as discriminações,

preconceitos e estigmas que o dependente químico lida no mercado de trabalho. Identificamos também que as pessoas, os empregadores e boa parcela da sociedade desconhecem o tema da dependência química; por isso, temem o "diferente", o "desvio de comportamento", pois a sociedade já impôs um comportamento padrão para os sujeitos e tudo o que se desvia deste comportamento normal é considerado "perigoso" e "desviante". Chegamos ao resultado de que necessita-se de mais discussões e campanhas esclarecedoras e informativas a respeito do que seja a dependência química, para que se possa quebrar as correntes do estigma que vem nos aprisionando usuários na história da periculosidade social.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?: ensaio as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** 9. ed., São Paulo: Cortez; Campinas/SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** ed. Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P; SOUZA, L. E. **CONTRA O CRACK: MAIS RESPEITO À CIDADANIA!** – 2012. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1153 Acesso: dia 25 de Março de 2013.

_____, **"Asilos, alienados e alienistas. Pequena História da Psiquiatria no Brasil".** IN: AMARANTE, Paulo (org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. 1994, 2° Reimpressão. (Pág. 73 a 84). Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/? IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=150223&indexSearch=ID Acesso: dia 23 de Outubro de 2012.

BACKX, S. S. **Serviço Social - Reexaminando sua história**. Rio de Janeiro: AS, 1994.

BEZERRA, B. Jr. "**Identidade, Diferença e Exclusão na Sociedade Brasileira Contemporânea"** IN: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do Prazer: drogas. Aids e direitos humanos.** – 2. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL, M. da S. **Transformações das Políticas Públicas brasileiras sobre Álcool e outras drogas.** – parte 1, 2011. Disponível em: http://drogasecidadania.cfp.org.br/transformacoes-das-politicas-publicas-brasileiras-sobre-alcool-e-outras-drogas-parte-1/ Acesso: dia 24 de dez. de 2012.

_____. **Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos.** – 2013. Disponível em: http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660 Acesso: dia 21 de mar. de 2013.

CARONE, E. **O movimento operário no Brasil (1877-1944)**. São Paulo: DIFEL, 1984.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** – 3. ed., Rio de Janeiro: Câmpus, 1980.

CARVALHO, V. D; BORGES L. O; RÊGO D. P. **Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social.** – Psicologia Ciência e Profissão, 2010, 30 (1), (p. 146-161). Disponível em: www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf Acesso: dia 21 de mar. de 2013.

DELGADO, P. G. **"Drogas: O Desafio da Saúde Pública"** IN: ACESELRAD, G. (Org.). **Avessos do Prazer: drogas. Aids e direitos humanos.** – 2. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FARIAS, A. C.; BARROS, C. **Tráfico de Drogas: Uma opção entre escolhas escassas.** – 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000300011&script=sci_arttext Acesso: dia 20 de mar. de 2013.

FERREIRA, A. H. **"Tolerância Zero" e "Lei e Ordem": OS 'Ditos' e os 'Interditos' do Poder Punitivo – Estado de Goiás de 2003 a 2009.** – 2010. Disponível em: www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3853.pdf **Acesso: dia 25 de mar. de 2013**.

FIORE, M. **Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público.** – Campinas/SP: Mercado de Letras, 2006.

GALEANO, E. **De pernas pro ar- A escola do Mundo ao Avesso**. Porto Alegre: L&PM POCKET, 2011.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, Publicação original, 1891.

IANNI, O. **Dialética das Relações Raciais.** – 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a03v1850.pdf Acesso: dia 01 de abril de 2013.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. "**Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desintitucionalização".** In: PINHEIRO, R; GULJOR, A. P; SILVA, A. G; MATOS, R. A. (Orgs.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: Contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. p. 284, (Série Saúde Participativa). (p. 137-154).

LISBOA, M. A. Redução de Danos no Brasil. – 2008. Disponível em: http://www.fiocruz.br/jovem/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=226&sid=14 Acesso no dia 27 de fev. de 2013.

SANTOS, R. S. **Interacionismo Simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde.** – Enfermagem Brasil 2008;7(4):232-7 – jul/ago 2008. Disponível em: http://www.atlanticaeditora.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=753:ebv7n4artigo8&catid=125&Itemid=68 acesso dia: 21 de Março de 2013.

SOUZA, M. L. **"Revisando a Crítica ao Mito da Marginalidade: A população favelada do Rio de Janeiro em face do tráfico de drogas."** IN: ACSELRAD, G. (Org.). Avessos do Prazer: drogas. Aids e direitos humanos. 2. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUZA, J. A **ralé brasileira: quem é e como vive.** Belo Horizonte: UFMG, 2009

SCHENKER, M. ***Valores familiares e uso abusivo de drogas.*** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em:http://www.scielosp.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S141381232009000500037&lang=pt acesso: dia 05 de nov. de 2012.

TESSER, C. D.; NETO, P. P; CAMPOS, G. W. S. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. Ciência e saúde coletiva, v. 15, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.phppid=S141381232010000900036&script=sci_arttext acesso: dia 10 de out. de 2012.

VALLARES, L. "A gênese da favela Carioca. A produção anterior às ciências sociais". In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** v. 15, n. 44.

WACQUANT, L. **As prisões da Miséria.** ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GOMES, Benedita Maryjose Gleyk. **Atenção de enfermagem aos familiares de pessoas com transtornos mentais**. 2017. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Saúde Mental) – Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, TO, 2017. [Não disponível nesta versão do Acervo]

GRUPO ARTE E VIDA COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: Relato de experiência

Raquel Dutra Cunha Silva
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP

Jonatha Rospide Nunes
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – FESP

Sobre os autores:

Raquel Dutra Cunha Silva é graduada em Psicologia e residente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Programa Integrado de Residências em Saúde de Palmas (PIRS) - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP. Endereço eletrônico: raquel.dutra.cunha@hotmail.com

Jonatha Rospide Nunes é graduado em Psicologia e mestre em Psicologia, tutor de campo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Programa Integrado de Residências em Saúde de Palmas (PIRS) - Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP. Endereço eletrônico: jonatharospidenunes2015@gmail.com

Resumo

O Grupo Arte e Vida surgiu como proposta de trabalho construída conjuntamente entre residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Programa Integrado de Residências em Saúde de Palmas (PIRS) e colaboradores do CAPS II de Palmas - TO, para suprir demandas de usuários do serviço de saúde mental com histórico de ideação ou tentativa de suicídio. O escopo deste grupo se ampara na promoção de um espaço terapêutico que facilite e amplie as possibilidades de expressão de sentimentos dos participantes, usando a arte como recurso principal. Neste relato de experiência foi adotado o método da cartografia e seu objetivo engloba relatar a fase de planejamento do Grupo Arte e Vida, abarcando o estudo do referencial teórico, as rodas de conversa entre os residentes e colaboradores do CAPS II sobre os temas suicídio e arteterapia e alguns recortes do processo de execução e avaliação deste grupo. A partir dos temas trabalhados no grupo Arte e Vida, aparece de forma crescente uma produção de sentido onde experiências únicas partilhadas revelam esboços de ser e conviver em grupo, e também uma busca ou resgate de relações sociais contribuindo para o equilíbrio da saúde mental dos participantes. No entanto, aparece o questionamento sobre o alcance do potencial do uso da arte como dispositivo terapêutico e a necessidade de ampliação e continuidade de atividades voltadas a este campo em espaços de construção de cuidados em saúde mental buscando a integralidade.

Palavras chaves: Saúde mental. Suicídio. Arteterapia.

GRUPO *ARTE E VIDA* COMO POSSIBILIDAD DE INTERVENCIÓN EM LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: informe de experiencia

Resumen

El Grupo Arte e Vida surgió como una propuesta para trabajo construido conjuntamente entre residentes de la Residencia Multi em la Salud Mental del Programa Integrado de Residencias em Salud de Palmas (PIRS) y los empleados de lo CAPS II en Palmas - TO, para satisfacer las demandas de los usuarios de servicios de salud mental con la historia de ideación o intento de suicidio. El alcance de este grupo es apoyado por la promoción de un espacio terapéutico para facilitar y ampliar las posibilidades de expresión de los sentimientos de los participantes, utilizando el arte como el recurso principal. En este informe de experiencia fue adoptado el método de asignación y su objetivo incluye detallar la fase de planificación del Grupo Arte e Vida, cubre el estudio del referencial teórico, los círculos de conversación entre los residentes y empleados de los CAPS II en temas de suicidio y la terapia de arte, también hay algunos recortes del proceso de implementación y la evaluación del grupo. A través de los temas tratados en el Grupo Arte e Vida, parece cada vez más una producción de sensación donde las experiencias compartidas sólo se revelan contornos de ser y vivir en grupos, y también una búsqueda de rescate de las relaciones sociales que contribuyen al equilibrio de la salud mental de los participantes. Sin embargo, parece la pregunta sobre el posible alcance de la utilización del arte como un dispositivo terapêutico, y la necesidad de expansión y continuidad de las actividades relacionadas con este campo en áreas de construcción para cuidados de salud mental y integracion.

Palabras clave: Salud mental. Suicídio. La terapia del arte.

GROUP *ARTE E VIDA* AS A POSSIBILITY OF INTERVENTION IN THE PREVENTION OF SUICIDE: report of experience

Abstract

The Group Arte e Vida emerged as a work proposal made between the residents at the at the Mental-Health Multi-professional Residency of the Integrated Health Residencies Program from Palmas (PIRS) and collaborators from CAPS II in Palmas - TO, in order to meet the demands of the users of the mental health service with suicidal ideation or attempt history. This Group's scope is based on the offer of a therapeutic area that favors and broadens the possibilities for the participants to express their feelings, using art and a major resource. In this experience report, the letter writing methodology was adopted and its main goal involves reporting the planning phase of the Group Arte e Vida, including the bibliographical study, the discussion groups among the residents and the CAPS II collaborators to discuss about suicide and art therapy, and some pieces of the execution and assessment process of this Group. Based on the themes covered by the Group Arte e Vida, there is a crescent emergence of sense-making in which unique shared experiences reveal traces of being and living in group, and also a search for social relationships contributing for the participants mental health balance. However, a few questions emerge about the reach and the potential use of art as a therapeutic resource and the need to broaden and continue the activities with this purpose in mental health care buildings in order to maintain integrality.

Keywords: Mental health. Suicide. Art therapy.

Introdução

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II é parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS no município de Palmas – TO. A RAPS foi instituída através da portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, tendo como objetivos gerais a ampliação ao acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção da vinculação aos pontos de atenção à saúde de pessoas com transtornos mentais e seus familiares com necessidades decorrentes ao uso de álcool, crack e outras drogas, a garantia da articulação e integração entre os pontos de atenção das redes de saúde existentes em cada território visando a qualificação do cuidado através do acolhimento e do acompanhamento contínuo e a atenção às urgências.

O CAPS II presta atendimento para pessoas com transtornos mentais graves e ou persistentes e também a pessoas em intenso sofrimento psíquico; dispondo oferta de cuidado em saúde mental por equipe multiprofissional, em regime diário e horário comercial, em consonância com as políticas de saúde mental vigentes amparadas pela Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dentro deste contexto, houve significativo aumento na

procura por este serviço em saúde mental no segundo semestre do ano de 2015, a partir da implementação do Protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários com história de tentativa de suicídio no município de Palmas - TO.

No referido protocolo foi pactuado por diversos atores da rede de atenção em saúde que todos os casos de ideação ou tentativa de suicídio ocorridos neste município deverão ser encaminhados aos CAPS II e CAPS AD III localizados nesta cidade, conforme o caso. O objetivo deste encaminhamento é o de prestar um atendimento de qualidade e a continuidade deste, visando a integralidade do usuário.

O suicídio pode ser entendido como a morte intencional provocada pelo próprio sujeito, e ao considerar as condições sociais e culturais do indivíduo pode ser classificado em suicídio altruísta, quando o sujeito traz desonra para si e sua família incentivados pelo antigo costume japonês *hara-kiri*; em suicídio egoísta, quando a perda do apoio social torna-se estímulo relevante e em suicídio anômico, quando resulta de interrupções marcantes como a perda de prestígio, posição social ou desemprego (DURKHEIM,1977). Este ato tem despertado nos profissionais de saúde um interesse particular em formas de atuação preventivas, pois tal fato, representa uma das principais causas de morte na atualidade. No Brasil, o número de mortes por lesões autoprovocadas voluntariamente foi de 10.653 casos no ano de 2014, na região norte ocorreram 708 casos notificados, sendo 85 destes casos no estado do Tocantins (BRASIL - DATASUS, 2014).

Frente a este desafio a equipe de colaboradores multiprofissionais do CAPS II, em conjunto com os residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Programa Integrado de Residências em Saúde de Palmas (PIRS) mobilizou-se na implementação ao serviço prestado no campo da saúde mental, pois entre tantas dificuldades encontradas na busca de soluções deste problema de saúde pública, está a identificação do comportamento suicida, pois é a partir desta etapa que são tomadas medidas de acompanhamento e ou encaminhamento para o tratamento específico, com o intuito de impedir que tal ato se concretize.

O Grupo Arte e Vida surgiu como proposta de trabalho dessa equipe multiprofissional, na tentativa de suprir demandas de usuários do serviço de saúde mental com histórico de ideação ou tentativa de suicídio, sendo que os mesmos podem procurar o serviço de forma espontânea ou serem encaminhados por outros pontos de atenção à saúde existentes neste município. O escopo do grupo Arte e Vida se ampara na criação de um espaço terapêutico grupal que facilite e amplie as possibilidades de expressão de sentimentos dos participantes, usando a arte como recurso principal. A inclusão da arte

neste espaço de produção de cuidado faz sentido frente ao entendimento que esta facilita e amplia as possibilidades de expressão de sentimentos das pessoas em sofrimento psíquico (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar o processo de planejamento do Grupo Arte e Vida, abarcando recortes das fases de execução e avaliação deste, no sentido de contribuir com discussões teóricas e possíveis intervenções que busquem a promoção de saúde mental dentro da complexidade contida no tema do suicídio.

Percurso metodológico

O método da cartografia foi adotado neste trabalho visando acompanhar o processo de construção e não simplesmente apresentar um objeto de estudo, este método teve sua origem com G.Deleuze e F. Guattari (1995), onde: "o estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*." (KASTRUP, 2007, p.15). Entretanto, "sua construção caso a caso não impede que se procure estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo" (KASTRUP, 2007, p.15).

Os procedimentos desta pesquisa consistiram na produção do relato do processo de planejamento do Grupo Arte e Vida, englobando o estudo do referencial teórico, as rodas de conversa entre os residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Programa Integrado de Residências em Saúde de Palmas (PIRS) e colaboradores do CAPS II sobre os temas suicídio e arteterapia e alguns recortes do processo de execução e avaliação deste grupo.

Resultados e discussão

O planejamento do Grupo Arte e Vida aconteceu durante dez encontros entre residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Programa Integrado de Residências em Saúde de Palmas (PIRS) e colaborares do CAPS II, tendo a presença da preceptora e tutor de campo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental; utilizou-se a roda de conversa para discussão do aporte teórico que embasou a proposta inicial de trabalho do grupo.

Os temas estudados durante as rodas de conversas abarcaram conceitos de suicídio (RIBEIRO, 2004); fatores do comportamento suicida (BARRERO,1999; COUTINHO 2010); percepção da vivência da tentativa de suicídio (AZEVEDO; DUTRA, 2012);

fatores de risco do suicídio (BARLOW, 2011; BOTEGA et al, 2006)); fatores de proteção e prevenção para o suicídio (BOTEGA et al, 2006); Acompanhamento Terapêutico de usuários que tentaram o suicídio (ESTELLITA-LlNS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006); principais procedimentos após uma tentativa de suicídio (FUKUMITSU; SCAVACINI , 2013); reflexão perante a qualidade do serviço prestado ao usuário que tentou o suicídio (VIDAL; GONTIJO, 2013); escalas de avaliação que ajudam mensurar o risco de suicídio (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006); cartilhas produzidas sobre o tema do suicídio (OMS, 2000a; OMS, 2000b; OMS, 2000c; OMS, 2002a; OMS, 2002b; OMS, 2006; AMP, 2014) e arteterapia (VASCONCELOS; GIGLIO, 2007, COQUEIRO; VIEIRA; FREITAS, 2010).

O argumento que sustentou o aprendizado do tema amparou-se em Lopes; Milani (2013), que configuram o estudo acerca do suicídio como primordial para embasamento na atuação clínica a pacientes com sofrimento psíquico e risco suicida. No estudo desses autores, é citado como exemplo os cursos de psicologia ofertados atualmente e que geralmente não contemplam o estudo desse fenômeno em sua grade curricular. Esse aprendizado deve abarcar conhecimento teórico, técnicas e procedimentos específicos e uma permanente reflexão sobre o alcance da responsabilidade do profissional perante o paciente, família e sociedade. Entretanto, vale ressaltar que o grupo de trabalho envolvido no planejamento do Grupo Arte e Vida, não era formado somente por profissionais psicólogos, mesmo sendo um grupo multiprofissional formado por assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, médico-psiquiatra, farmacêutico e psicólogo, houve a necessidade desse aprendizado inicial, pois algumas categorias profissionais não tinham embasamento teórico ou prático sobre o tema do suicídio.

Na busca por conceitos que contemplem o tema do suicídio sob a perspectiva científica e legal de análise, Ribeiro (2004) adota dois autores principais; Durkheim e Schneidman. Segundo sua análise, peritos e investigadores se deparam frequentemente com a dificuldade de conceituação em nível fático de fixar a causa da morte, em casos de óbitos com suspeita de ocorrência de suicídio, pois alguns suicidas simulam acidentes e outros não tinham a real intenção de morrer. O primeiro conceito adotado evoca Durkheim que postula: “Chama-se suicídio todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. Definindo a tentativa de suicídio como: “o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte”. E o segundo autor Schneidman

coloca que suicídio é “o ato humano de cessação auto infligida, intencional e que pode ser melhor compreendido como um fenômeno multidimensional, num indivíduo carente, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução.”

Os fatores do comportamento suicida, foram estudados partindo de Barrero (1999), que coloca que a maioria dos textos acerca do suicídio considera somente dois aspectos desse fenômeno: o ato em si e a tentativa; deixando de lado outros fatores do comportamento suicida que é formado por uma ideação autodestrutiva em diferentes graduações envolvendo ameaças, gestos e intenções do fato. Essa ideação suicida abrange uma gama variada de representações com diferentes formatos, que são: o desejo de morrer, a representação suicida, a ideia de auto destruição sem planejamento da ação, a ideia suicida com um plano indeterminado ou inespecífico e a ideia suicida com adequado plano para a sua execução. Portanto para este autor, qualquer indivíduo pode, em diferentes etapas de sua vida, decidir dar um fim à sua vida por uma infinidade de causas diferentes, portanto qualquer manifestação de ideação autodestrutiva em determinado indivíduo, deve ser explorada e considerada como um sinal de risco para o mesmo.

Sob o viés da psicanálise, diversos autores diferenciam o suicídio para neuróticos, psicóticos e melancólicos, entretanto, afirmam que não há suporte teórico único para explicar o fenômeno do suicídio, destacando a presença de um conjunto de sinais, que podem aparecer no *setting* terapêutico, tais como: existência de um plano para cometer o ato, mudança de atitude brusca durante a psicoterapia, ficar mais calmo e deixar de falar sobre o ato pode ser a expressão que já tomou a decisão, ausência de projetos de vida, fazer testamento e perdas recentes (COUTINHO, 2001 apud COUTINHO 2010).

Em estudo qualitativo que buscou compreender como adolescentes que tentaram o suicídio vivenciaram essa experiência, Azevedo; Dutra (2012) alertam sobre a complexidade engendrada no tema suicídio, colocando o cuidado que se deve ter na postura de ver relações de causalidade pelo risco de se chegar a conclusões equivocadas, pois cada caso traz sua história única contendo aspectos culturais e sociais singulares.

Estudos amparados no método de necropsia psicológica auxiliaram na busca de elencar os principais fatores de risco do suicídio, entre os quais: histórico familiar, ou seja, se algum membro da família já cometeu o suicídio pode existir um risco elevado que outro membro possa concretizar tal ato; neurobiologia relacionado a baixos níveis de serotonina com presença de impulsividade e instabilidade e transtornos psicológicos existentes, frequentemente casos de suicídio são associados com transtornos de humor, no entanto, nem todas pessoas acometidas por esse transtorno tentam o suicídio.

Depressão e suicídio podem estar relacionados mas devem ser vistos de forma independentes, contudo ao olhar um componente específico da depressão que é o desespero, o prognóstico de suicídio pode ser elevado (BARLOW, 2011).

Outro fator de risco do suicídio relevante é o uso e o abuso de substâncias psicoativas associado a um transtorno de humor implicando em aumento no grau de risco particularmente para adultos, no caso de adolescentes essa associação é preocupante quando ocorre transtorno de humor e transtorno de conduta. Lembrando que no caso de adolescentes e adultos as tentativas de suicídio anteriores configuram-se em fatores de risco significativo. Considera-se ainda, uma alta relevância no grau de risco a ocorrência de acontecimentos estressantes, ou seja, eventos que tenham provocado vergonha ou humilhação no contexto escolar ou laboral, sentimento de rejeição, prisão inesperada, abuso físico e sexual e desastres naturais (BARLOW, 2011).

As perdas recentes, os processos de luto na infância por figuras parentais, a dinâmica familiar conflituosa, a impulsividade, a agressividade e as condições clínicas com presença de doenças crônicas e o fácil acesso aos meios de alta letalidade também se constituem em fatores de risco importantes para o suicídio (WHO, 2003; SUOMINEN et al, 2004 apud BOTEGA et al, 2006). Entre os fatores sócio demográficos relevantes para ocorrência de suicídio estão o sexo masculino, englobando a idade de 15 a 35 anos, ou mais de 75 anos; classes econômicas extremas: riqueza ou pobreza; moradores de áreas urbanas, falta de ocupação laboral, falta de crença religiosa, solteiros ou separados e migrantes (WHO, 2003 apud BOTEGA et al, 2006).

De forma geral, a prevenção ao suicídio ocorre perante o reforço dos fatores de proteção e a diminuição dos fatores de risco, em dois níveis: o nível individual e o nível coletivo. Entre os fatores de proteção estão ter bons vínculos afetivos, desfrutar de sensação de integração em grupos ou comunidades, ter uma crença religiosa, ter um companheiro(a) fixo(a), ter filhos pequenos, gozar de percepção otimista em relação à vida, usufruir de sentimento de importância na vida de outras pessoas e ter uma ocupação laboral. Sendo importante ressaltar que algumas características culturais podem atuar tanto como fatores de proteção quanto de risco. Percebe-se que os sentimentos de solidão e desesperança mantém estreita relação com a ocorrência de suicídio e que os grupos de maior vulnerabilidade configuram-se em pessoas que já tentaram tal ato (SUOMINEN et al, 2004 apud BOTEGA et al, 2006).

A construção de vínculo com o usuário do serviço em saúde e familiares deve ser o ponto alto de qualquer tipo de intervenção no campo da saúde mental, a manutenção de

atitude positiva e empática, por parte da equipe, devem permear todo o percurso de tratamento, enquanto que atitudes de rejeição, reprovação ou asseguramento excessivo devem ser evitadas. O Acompanhamento Terapêutico deve estabelecer contratos de preservação da vida com usuário e família, o compartilhamento de responsabilidades entre a equipe cuidadora deve dirigir atenção especial na aproximação dos fatores de proteção e no distanciamento dos fatores de risco do usuário em tratamento, sendo este processo altamente complexo devido presença de ambivalência, ambitendência e manifestações incongruentes ou inesperadas. O Acompanhamento Terapêutico possibilita uma intervenção em contextos singulares, auxiliando a equipe envolvida, facilitando o planejamento de estratégias para prevenir o comportamento suicida e a reabilitação psicossocial (ESTELLITA–LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006).

Fukumitsu; Scavacini (2013), indicam alguns procedimentos que devem ser seguidos após uma tentativa suicídio, entre os quais: reavaliação da situação no prazo de 24 horas, suporte e orientação aos familiares, evitar isolamento do paciente, verificação da segurança do local, planejamento de ações caso os sintomas aumentem, discussão do caso com equipe envolvida e acolhimento da família.

Em estudo de abordagem qualitativa, Vidal; Gontijo (2013), colocam a reflexão perante a qualidade dos serviços prestados nos serviços de urgência e emergência onde geralmente é prestado o primeiro atendimento e o acolhimento de pessoas que tentaram o suicídio, por considerarem este momento crucial para o fortalecimento de vínculo e a continuidade do tratamento do usuário, portanto nos serviços de urgência e emergência deveria ser prestado um atendimento englobando segurança, prontidão e qualidade e na realidade pode ocorrer intolerância, reações negativas e opiniões desfavoráveis, fatores que podem prejudicar o processo terapêutico e a continuidade deste. No entanto, ponderam que o contexto laboral destes trabalhadores geralmente é permeado por situações de crises, tensão, estresse, deficiências estruturais e a baixa capacitação da equipe. A roda de conversa neste dia possibilitou a reflexão sobre a importância do acolhimento no serviço de saúde mental entre todos os profissionais presentes.

O conceito de acolhimento nos serviços de saúde mental não deve ficar restrito à mera função de triagem e sim ser percebido como uma ação em saúde, no estabelecimento de relações humanizadas entre a equipe prestadora de serviço em saúde e os usuários, na medida em que possibilita e promove um espaço de escuta qualificada produzindo efeitos terapêuticos naqueles que se encontram em sofrimento psíquico (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

A utilização de escalas de avaliação possibilitam mensurar o risco de suicídio e auxiliam na tomada de decisões durante o percurso do Acompanhamento Terapêutico de usuários com risco suicida, pois esta ameaça mantém relação complexa com a intensidade e a gravidade do quadro de sintomas apresentado pelo usuário. Os instrumentos que podem ser úteis nesta avaliação são: HAM-D 21/23, MADRS, Beck, KSADS; sendo que todos esses instrumentos citados incluem questionamentos acerca de ideação suicida (ESTELLITA–LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006).

Entre tantas publicações que foram estudadas para o embasamento teórico do Grupo Arte e Vida foram sugeridos para consultas posteriores o material produzido pela Organização Mundial de Saúde que atua na prevenção e controle do suicídio em dimensão global e se ampara na crença que a disseminação e conscientização de informações constituem a base essencial para o sucesso de programas que atuem na prevenção do suicídio. Entretanto, essa instituição reconhece que é necessário ampliar ainda mais os esforços no sentido de maiores investimentos em pesquisas, de um engajamento de representantes governamentais, de profissionais de saúde pública, de profissionais de diferentes disciplinas e setores e que estes esforços de prevenção englobem um planejamento em larga escala para atingir a população global (OMS, 2002a).

O programa SUPRE (*Suicide Prevention Program*,1999), faz parte de uma das iniciativas da Organização Mundial da Saúde com publicações periódicas, tais como: Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais (OMS, 2000a); Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária (OMS, 2000b); Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia (OMS, 2000c); Relatório mundial da saúde – saúde mental: nova concepção, nova esperança (OMS, 2002a); Relatório mundial sobre violência e saúde (OMS, 2002b); Prevenção do suicídio – um recurso para conselheiros (OMS, 2006). E ainda, foi disponilizado também para estudo posterior, a cartilha produzida pela Associação Brasileira de Psiquiatria com o título de Suicídio: informando para prevenir (ABP, 2014).

Após o estudo de diversos aspectos que envolvem o tema do suicídio, a roda de conversa entre residentes e colaboradores do CAPS II passou a debater o outro tema pertinente ao processo de planejamento do Grupo Arte e Vida: a arteterapia. Sendo que este tema, como linha de atuação pode ser visto sob dois enfoques com objetivos diferentes, o primeiro enfoque considera arte como terapia (art as therapy) focado no processo artístico e considera as propriedades curativas do processo e o segundo enfoque coloca a arte psicoterapia (art psychotherapy), ocorre quando há intenso uso de recursos

artísticos acrescido de via imagética e pictórica na via de comunicação entre paciente e psicoterapeuta, ou seja, objetiva o desenvolvimento emocional ampliando possibilidades criativas (ANDRADE, 2000 apud VASCONCELOS; GIGLIO, 2010).

O processo de arteterapia ampara-se:

> [...] no reconhecimento de que os pensamentos e os sentimentos mais fundamentais do homem, derivados do inconsciente, encontram sua expressão em imagens e não em palavras. As técnicas da arteterapia se baseiam no conhecimento de que cada indivíduo, treinado ou não em arte, tem uma capacidade latente de projetar seus conflitos internos em forma visual. Quando os pacientes visualizam tais experiências internas, ocorre frequentemente que eles se tornam mais articulados verbalmente (NAUMBURG, 1991, p.388 apud VASCONCELOS; GIGLIO,2010).

De forma geral, o alcance da arteterapia como intervenção se mostra ampliado buscando desenvolvimento de habilidades e potencialidades, facilita o uso de recursos internos para resolução de conflitos, estimula a expressão, externaliza aspectos conscientes e inconscientes, estimula o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional (VASCONCELOS; GIGLIO, 2010).

O uso da arteterapia no campo da saúde mental pode facilitar a ressignificação de dificuldades, medos, angústias, conflitos pessoais e familiares; configurando-se em canal que favorece a minimização dos fatores negativos que surgem na vida dos usuários em sofrimento psíquico, podendo ser notado resultados positivos em curtos espaços de tempo. A partir das relações terapêuticas, observa-se um aumento no conhecimento de si próprio e a transformação gradual em agente ativo no processo terapêutico (COQUEIRO; VIEIRA; FREITAS, 2010).

Após o estudo do aporte teórico pela equipe multiprofissional de residentes e colaboradores do CAPS II, o Grupo Arte e Vida teve sua proposta inicial de trabalho confeccionada e a mesma conta com oito encontros, com duração de duas horas, em intervalos semanais; dois encontros com familiares dos usuários e ou cuidadores, uma avaliação com médico psiquiatra e visitas domiciliares; vale lembrar que este planejamento pode sofrer alterações de acordo com as necessidades do usuário do serviço de saúde mental.

A primeira hora do encontro semanal é facilitada por psicólogos com o objetivo de possibilitar a reflexão acerca das demandas que emergem no movimento grupal e o segundo momento facilitado por assistente social e terapeuta ocupacional contendo atividades artísticas sugeridas pelos participantes, tais como: pintura em tela, colagem, desenho, decoupage, entre outras; tendo como meta a criação de um espaço terapêutico

grupal que facilite e amplie as possibilidades de expressão de sentimentos dos participantes.

Os encontros com familiares e ou cuidadores dos participantes estão amparados na oferta de suporte e orientações de acordo com diferentes demandas dos mesmos. Os critérios de inclusão aos participantes do Grupo Arte e Vida abarcam usuários com histórico de ideação e ou tentativa de suicídio que foram encaminhados por outros pontos da rede de atenção à saúde ou que procuraram espontaneamente o serviço de saúde mental.

A produção do relato do processo de planejamento do Grupo Arte e Vida evocou a reflexão sobre os desafios que emergem no tocante à educação permanente em saúde mental e assim, recorre-se a Ceccim (2010) para ponderar que deve-se trabalhar com a informação adotando-se a genealogia dos conceitos evitando-se a armadura contida neles, lidar com as abordagens psicoterápicas considerando os encontros, excluindo-se os modelos que segregam e institucionalizam e ainda, "trabalhar com a invenção em potência de ética de criação de mundos, com a potência que cuidado em Saúde pode associar"(CECCIM, 2010, p.88).

Considerações finais

Pode-se observar, de acordo com o relato dos participantes do Grupo Arte e Vida, o crescente interesse na participação em atividades que envolvam a arte; as falas dos usuários do CAPS II, comum na fase inicial do grupo, de que não possuem habilidades em arte diminuem a partir do compartilhamento com o grupo de suas próprias construções artísticas. Destaca-se no processo de construção da proposta de trabalho do grupo em questão, a participação do usuário em sugerir a atividade artística que vai ao encontro de seu desejo caminhando em busca do protagonismo de sua própria história (SCHWARTZ et al, 2012).

Ao pensar na continuidade do trabalho desenvolvido no Grupo Arte e Vida aparece o desafio de promover intervenções pertinentes ao tema do suicídio nos diversos territórios constantes neste município, onde geralmente se encontra engendrada a vida social do usuário do serviço em saúde mental, no sentido de estratégia atuante na promoção de saúde mental. Sugere-se ainda, a continuidade e a implementação do apoio matricial que está sendo desenvolvido pela equipe do CAPS II junto às equipes de saúde da família.

A partir dos temas trabalhados no grupo Arte e Vida, aparece de forma crescente uma produção de sentido onde experiências únicas partilhadas revelam esboços de ser e de conviver em grupo, e também uma busca ou resgate de relações sociais contribuindo para o equilíbrio da saúde mental dos participantes. No entanto, aparece o questionamento sobre o alcance do potencial do uso da arte como dispositivo terapêutico e a necessidade de ampliação e continuidade de atividades voltadas a este campo em espaços de construção de cuidados em saúde mental buscando a integralidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. *Suicídio: informando para prevenir*. Comissão de estudos e prevenção de suicídio CFM/ABP. Brasília: 2014

AZEVEDO, A. K. S.; DUTRA, E. M. do S. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma Questão de (Des) amor. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 18, n. 1, 20-29, jan./ jun. 2012.

BARLOW, D.H. Transtornos de humor e suicídio. In: *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. 4ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BARRERO, S. A. P. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. Cuba, v.15, n. 2, 196-217,1999.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, Porto alegre, v. 37, n. 3, 213-220, set./dez. 2006.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS*. Óbitos por causas externas e lesões autoprovocadas voluntariamente em 2014. Disponível em: http:// tabnet.datasus.gov.br/tabnettabdescr.htm. Acessado em: 11/11/2016.

_____. Ministério da Saúde. *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. 2011.

CECCIM, R.B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. *Cad Saúde Ment*, Florianópolis, v. 3 nº 1, 67-90, 2010.

COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M.M.C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 23, nº 6, 859-862, 2010.

COUTINHO, A. H. S. de A. Suicídio e laço social. *Reverso*, Belo Horizonte, ano 32, n. 59, 61-70, jun. 2010.

DURKHEIM, E. *O Suicídio – Estudo de Sociologia*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M. de; COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psychê,* ano 10, n. 18, p. 151-166, set. 2006.

FUKUMITSU, K. O.; SCAVACINI, K. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 19, n. 2, 198-204, jul./dez. 2013.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia &. Sociedade*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, 15-22, jan./abr. 2007.

LOPES, F. F.; MILANI, R. G. *Suicídio: Um Desafio para o Psicólogo Clínico*, [online] Cesumar. Maringá, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Prevenção do Suicídio: um manual para médicos clínicos gerais.* Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamentais. Genebra. 2000a.

_____. *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária.* Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamentais. Genebra. 2000b.

_____. *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia*. Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamentais. Genebra. 2000c.

_____. *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.* Lisboa. 2002a.

_____. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra. 2002b.

_____. *Prevenção do Suicídio - um recurso para conselheiros*. Departamento de saúde mental e de abuso de substâncias. Gestão de perturbações mentais e de doenças do sistema nervoso. Genebra. 2006.

RIBEIRO, D. M. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 9, n. 423, set., 2004.

SCHEILBEL, A.; FERREIRA, L.H. Acolhimento no CAPS; Reflexões acerca da assistência em saúde mental. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 35, nº 4, 966-983, out./dez. 2011.

SCHWARTZ, A. et al. “Coisa de Doido”: as possibilidades de uma clínica ampliada. In: AMARANTE, P.D. de C.; CAMPOS, F. N. (Orgs.). *Saúde Mental e arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagadoni, 2012.

VASCONCELLOS, E. A.; GIGLIO, J. S. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estud. Psicol.*, Campinas, v. 24, n. 3, 375-383, jul./set. 2007.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E.D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet*., Rio de Janeiro, v. 21 n. 2, 108-114, abr./ jun. 2013.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.32, n 78/80, 27-37, jan./dez. 2008.

A Mulher e a Saúde Mental: Discutindo a (in)visibilidade do cuidado em CAPS AD III.

Resumo

A pesquisa teve por objetivo entender os fatores que interferem à baixa adesão ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III de Palmas – TO, pelo público feminino e considera que o uso de drogas expressa a forma com que o sujeito se relaciona com o mundo a partir de uma dada realidade. Foram realizadas entrevistas com mulheres usuárias do equipamento, através de um roteiro semiestruturado e a interpretação se deu a partir da análise de conteúdo. A discussão foi categorizada em temas pertinentes aos dados coletados nas entrevistas. Os dados coletados apontam para uma necessidade de um olhar diferenciado não somente ao público feminino, mas para as especificidades de cada sujeito, entendendo que a droga é apenas um sintoma diante de toda a subjetividade que deve ser trabalhada. Concluindo que o vínculo é uma ferramenta essencial para adesão ao tratamento e melhora no quadro de dependência. E que para isso é preciso um constante esforço e capacitação profissional para um atendimento integral do sujeito.

Descritores: Atenção Psicossocial; Caps ad; Saúde Mental.

Women and Mental Health: Discussing the (in) visibility of care in CAPS AD III.

Abstract

The objective of the research was to understand the factors that interfere with the low adherence to the treatment offered by the CAPS AD III of Palmas - TO, by the female public. Considering that drug use expresses the way in which the subject relates to the world from a given reality. Seven women with a semi-structured script were interviewed and analyzed from the content analysis. The collected data point to a need to perceive differences in patterns of use between men and women and indicate the need for greater attention to interventions directed at the female audience. Concluding that bonding is an essential tool for

adherence to treatment and improvement in dependence. The objective of the research was to understand the factors that interfere with the low adherence to the treatment offered by the CAPS AD III of Palmas - TO, by the female audience and considers that the use of drugs expresses the way in which the subject relates to the world from A given reality. Interviews were conducted with women using the equipment, through a semi-structured script, and the interpretation was based on content analysis. The discussion was categorized in themes pertinent to the data collected in the interviews. The collected data point to a need for a differentiated look not only for the female audience, but for the specificities of each subject, understanding that the drug is only a symptom in front of all the subjectivity that must be worked. Concluding that bonding is an essential tool for adherence to treatment and improvement in dependency. And that for this it is necessary a constant effort and professional qualification for an integral service of the subject
Descritores: Psychosocial Attention; Caps ad; Mental health.

Mujeres y Salud Mental: Discutiendo (in) visibilidad de atención en CAPS AD III.

Resumen

La investigación tuvo como objetivo comprender los factores que afectan a la baja adherencia al tratamiento ofrecido por el CAPS AD III Palmas - A, el público femenino y cree que el uso de drogas expresa la forma en que el sujeto se relaciona con el mundo de una realidad dada entrevistas con las usuarias de los equipos se han llevado a cabo a través de un guión semiestructurado y la interpretación fue dada desde el análisis de contenido. La discusión se clasificó en temas de interés para los datos recogidos en las entrevistas. Los datos recogidos apuntan a la necesidad de una mirada diferente, no sólo a las mujeres, pero por las características específicas de cada sujeto, entendiendo que el medicamento es sólo un síntoma delante de toda la subjetividad que debe ser trabajado. Llegando a la conclusión de que el

enlace es una herramienta esencial para mejorar la adherencia al tratamiento y la dependencia. Y que esto requiere un esfuerzo constante y la formación profesional para la atención integral del sujeto.

Descritores: Atención psicosocial; CAPS ad; Salud mental.

1. INTRODUÇÃO

O uso indiscriminado de drogas constitui, na atualidade, uma séria e persistente ameaça à sociedade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades (BRASIL, 2001). Esse fato produz inúmeras campanhas midiáticas contra o uso abusivo de drogas, tornando tal problemática cada vez mais vinculada a questões políticas e também relacionadas à pobreza, miséria, desemprego, violência, incluindo não somente indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade, mas todas as classes sociais e gêneros.

As campanhas midiáticas são uma forma de cobrança às instâncias governamentais, que por sua vez tem aperfeiçoado a aproximação com a comunidade para discussão e geração de novas formas de abordagem. Diante disso, foram geradas diversas formas de discutir sobre o uso de drogas, especialmente através da Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil (2005), inferindo que o Estado é o responsável por estimular, garantir e promover ações para que a sociedade possa assumir a responsabilidade ética, o tratamento e a reinserção social das pessoas com problemas decorrentes do abuso de drogas.

Em consonância com a problemática da dependência de drogas, o governo lançou em 2001 a Política Nacional Sobre Drogas, que objetiva conscientizar a população sobre as consequências do uso de drogas através de ações integradas em educação, segurança e saúde. A referida política se orienta pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia fundamental a integração das instâncias governamentais, iniciativa privada e comunidade, no sentido de valorizar a integração setorial e descentralizar as ações sobre drogas no país. E considera a redução de danos como uma estratégia basilar de ser trabalhada e entende que é preciso articular os níveis social, educacional, ambiental, biológico e o estilo de vida do usuário.

Leal (2009) relembra que, em consonância com os movimentos sociais e políticos, foi definida pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Mental, que redirecionou os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo ao modo manicomial e incentivou a criação de serviços de saúde mental na atenção básica. Essa mudança de modelo é fruto da reforma psiquiátrica, conquistada através da luta social que está amparada na Lei 10.216/2001, a qual regulamenta a mudança no atendimento em saúde mental, fazendo com que práticas de isolamento deem lugar às de convívio na família e sociedade, respeitando os direitos e a liberdade dos usuários dos dispositivos de saúde mental.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamento resultante da reforma psiquiátrica brasileira, é um serviço de saúde aberto e comunitário que funciona como ponto de atenção estratégico para organização da rede de atenção em saúde mental. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) é o lugar de atendimento/tratamento de pessoas que sofrem com quadros de transtornos mentais, cuja sua severidade justifique a permanência no dispositivo (BRASIL, 2004). Os CAPS possuem caráter comunitário, personalizado e promotor de vida, visando o atendimento do sujeito a partir de sua singularidade, portando considerando sua história de vida, sua cultura e sua vida cotidiana.

Em resposta aos avanços da reforma psiquiátrica e do apelo social em relação à problemática da dependência química, surgem os CAPS direcionados para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD III), que são regulamentados através das portarias 336/GM e 816/GM do Ministério da Saúde. Esses serviços ofertam cuidados e atenção continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Além disso, contam com equipe multiprofissional composta por psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, além de administrativos, que realizam atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares, entre outros (BRASIL, 2004). Sua frente de trabalho caracteriza-se pela socialização que utiliza a

estratégia de redução de danos, sem impor abstinência como foco no atendimento, visando atender o sujeito de acordo com as possibilidades que o mesmo consegue alcançar.

Conforme Bolzan (2013), apesar de avanços no tratamento em saúde mental, o manejo de usuários de drogas ainda é visto como um desafio, uma vez que ainda está permeado pela lógica excludente e segregadora, sendo contrário aos ideais da reforma psiquiátrica. Se faz necessário que a sociedade supere a lógica repressiva ao lidar com questões relacionadas ao uso de drogas, especialmente no âmbito do SUS, pois há diferentes padrões de consumo e subjetividades, principalmente se levarmos em consideração questões como história de vida, contexto atual, papel da sociedade, gênero, dentre outros.

Frente ao uso de drogas encontramos ainda minúcias que precisam ser percebidas, como as características vinculadas socialmente aos homens e às mulheres e que ao longo do tempo foram internalizadas pela sociedade e que, de alguma forma, precisam ser problematizadas, tensionadas, transformadas e desconstruídas. É preciso questionar o papel social em que a figura feminina é colocada, considerando que lhe é facilmente atribuído o cuidado dos filhos e do espaço doméstico, muitas vezes desconsiderando o fato de ocuparem, por exemplo, cargos e lugares que historicamente só cabiam ao sexo masculino.

A discussão sobre gênero não é algo novo em nossa sociedade, para Leal (2009) este é visto como categoria social e se refere às relações sociais do ponto de vista de poder e subordinação que estabelecem homens e mulheres. Ou seja, abordar gênero requer o entendimento de denominações culturais e históricas do que se entende por ser homem e ser mulher bem como os papeis atribuídos. Para Vieira (2002) a ideia da natureza feminina está relacionada com os fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher, tais como menstruação e amamentação. Porém, tais aspectos biologicistas não definem as peculiaridades do ser mulher, muito embora norteiem a forma usual pela qual a mulher é percebida pela sociedade, pois ainda é tida como frágil e submissa em comparação aos homens (CARLOTO, 2011).

Tudo isso é contexto para a discussão proposta pelo presente estudo, que parte da seguinte problemática: quais fatores interferem na adesão de mulheres ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III da cidade de Palmas - TO? Tal pergunta foi gerada pela experiência das pesquisadoras nesse serviço de saúde, ao notarem a disparidade de usuários em relação ao sexo. O público feminino é minoria tanto em permanência quanto em participação nas atividades grupais e outros cuidados oferecidos nas diferentes modalidades do tratamento, conforme verificado na Tabela 1:

Tabela 1: Número de usuários frequentes no CAPS AD III por sexo

Mês de Referência 2017	**Outubro**	**Novembro**	**Dezembro**	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**
Masculino	275	295	206	202	277	346
Feminino	47	51	46	26	25	69

Fonte: Elaboração própria, a partir da frequência mensal registrada no CAPS AD III.

Diante desse cenário, foi formulado como objetivo geral identificar os fatores que interferem na adesão de mulheres ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III. Tal objetivo se desdobrou em passos menores, como conhecer o perfil do público feminino que frequenta o CAPS AD III, através de levantamento de história de vida, contexto social atual e relação com a droga; identificar pontos que aproximam e afastam o público feminino da unidade; e gerar, se necessário, possíveis estratégias que corroborem com a melhora da relação do público feminino com a unidade. Almeja-se que com a pesquisa seja possível conhecer as especificidades do público feminino que frequenta o equipamento e se necessário gerar novas estratégias/ferramentas de trabalho para melhor atendimento desde público, pois acredita-se que esse distanciamento no tratamento pode estar atrelado a forma como a mulher é vista historicamente pela sociedade. Nem todos os objetivos foram alcançados integralmente, o que será discutido adiante.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo

A pesquisa possui caráter explicativo e descritivo, pois se preocupa em identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2007), e por exigir que o pesquisador investigue uma série de informações sobre o fato que deseja pesquisar, levando assim a descrição de fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). A pesquisa também se caracteriza por documental, pois a partir da análise das frequências mensais da unidade, emergiu o interesse para pesquisa frente à disparidade entre homens e mulheres presentes no tratamento. Por ser utilizado o recurso de coleta de dados e pelas investigações documentais, a pesquisa também se caracteriza como pesquisa de campo (FONSECA, 2002).

2.2 Local

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de Palmas – TO (CAPS AD III), localizado na quadra 106 Norte, alameda 04, lote 06, Plano Diretor Sul, Palmas – TO. As entrevistas foram realizadas em uma sala da unidade, garantindo sigilo e proteção das entrevistadas e das informações coletadas.

2.3 Participantes

O número de mulheres que frequentam o CAPS AD III de Palmas, como já citado, varia de acordo com o mês. Logo, entrevistou-se 7 mulheres que estiverem presentes na unidade em horários alternados. A amostra de 7 participantes foi uma amostra escolhida por conveniência, buscando acessar uma amostra da população que estivesse acessível, justificada pelo fato de ser um público volante. As participantes foram convidadas pessoalmente, de forma individual, de acordo com a disponibilidade de tempo de cada uma. A

cada abordagem realizada, foi lido junto com a participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEP/CEULP), para esclarecer os objetivos da pesquisa e mediante aceitação em participar foram convidadas a assinar o termo, conforme os princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12.

2.3.1 Critérios de Inclusão

Participaram da pesquisa todas as mulheres que estavam presentes no CAPS AD III e que realizassem tratamento na presente unidade.

2.3.2 Critérios de Exclusão

Ser do sexo masculino ou ser mulher que não faz tratamento na unidade, no caso de acompanhantes.

2.4 Material e Instrumentos

Foi realizada a coleta de dados através de entrevista com roteiro semiestruturado, de elaboração própria. A entrevista teve duração média de 10 (dez) minutos. Foi utilizado um gravador com o consentimento das participantes que aceitaram participar da pesquisa através do TCLE.

2.5 Procedimentos

As entrevistas foram realizadas no pátio do CAPS AD III ou em algum consultório vago, embora fosse sempre considerado a garantia do sigilo das informações, optando sempre pelo local que, no momento, atendesse tal exigência.

As entrevistas gravadas, foram posteriormente transcritas para facilitar sua análise, utilizando como método a análise de conteúdo, conforme:

a) Decompor o material a ser analisado em partes e distribuir as partes em categorias (categorização). Essa etapa será exaustiva, para dar conta de todo o conjunto de material que será coletado (MINAYO, 2014);

b) Fazer inferência dos resultados. A inferência é uma fase intermediária entre a descrição e a interpretação. Importante ressaltar a importância de o pesquisador ter conhecimento sobre o contexto do material a ser analisado e formular questões baseadas em estudos ou experiências prévias com o assunto, para conseguir fazer boas inferências em sua pesquisa (MINAYO, 2014);

c) Fazer a descrição do resultado;

d) Interpretar os dados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada. Com base nas interferências os resultados da pesquisa serão discutidos, buscando uma ressignificação aos conteúdos analisados (MINAYO, 2014). A interpretação será realizada quando conseguirmos fazer uma síntese entre: as questões da pesquisa, os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada. Pois a análise de conteúdo permite reproduzir e validar inferências sobre dados de um determinado contexto (MINAYO, 2014).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Início do Tratamento

Os motivos que levaram as entrevistadas a procurar a unidade de tratamento, em sua maioria, estão relacionados com apelo familiar, o que no conteúdo das entrevistas mostrou-se como um agente potencializador/incentivador de cuidado. Souza, Kantorski, Mielke, (2006), pontuam sobre a importância da participação da família no tratamento do dependente de drogas. A influência familiar é analisada pelo pensamento ecológico, o qual é um paradigma que vem sendo estabelecido nos últimos, reforçando que todos os membros familiares estão interligados e interconectados e, por conseguinte, a mudança em um indivíduo provoca reverberação em todo o sistema. Abaixo fragmento de fala de participante 1 (P1) sobre isso.

P1: *"Eu mesma não tive a iniciativa né, foram meus filhos, meu filho e minha filha, que viram que eu 'tava' dando trabalho demais, bebendo demais, ia morrer se não tivesse vindo me tratar, há 5 anos atrás eu 'tava' morta. Bebia 2 litros de 51 por dia. Pele 'tava' feia, cheia de feridas. Ai meus filhos viram que eu ia morrer e me internaram. Ai comecei fazer o tratamento e gostei"*.

P3: "*Primeiro porque eu tinha saído da fazenda da esperança, e tive uma recaída e eu não queria mais tratamento que eu ficasse internada, eu queria me tratar com mais liberdade, queria uma tratamento mais individualizado. Meu pai me trouxe no caps"*.

Apesar da família mostrar-se neste caso como um agende cuidador, Schenker e Minayo (2003) pontuam que as famílias de usuários de drogas buscam "terceirizar" a responsabilidade frente a esse usuário. Isso corrobora com uma postura negligente, pois o cuidado, a orientação e o acompanhamento do familiar que apresenta problemas vinculados ao abuso de drogas passa a ser de uma instituição de saúde. Essa situação faz com que o

familiar não se envolva no processo de entendimento dos fatores que favoreceram o uso da droga, não auxiliando na recuperação do mesmo.

Um estudo realizado sobre vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD aponta que a maioria dos vínculos familiares são fragilizados em decorrência do uso de droga, e passam a ser rompidos pelo descrédito frente as sucessivas recaídas (SOUZA, KANTORSKI, MIELKE, 2006). Para tal problemática, infere-se a necessidade de aproximação das unidades de tratamento, não somente do sujeito em uso e abuso de drogas, mas sim da rede de contatos sociais, principalmente sua família, que por muitas vezes é o agente disparador do uso, mesmo que de forma não intencional, mas que pode e deve funcionar como suporte na continuidade da abstinência ou redução de danos, que deve ser escolhida de acordo com as necessidades e possibilidades do sujeito em questão.

Outro ponto com relevância nas entrevistas foi o encaminhamento para o CAPS AD III advindo das Unidades Básicas de Saúde (UBS)[1], o que mostra a importância da rede e seus pontos de atenção como facilitadores, nesse caso, do acesso do usuário aos serviços de saúde mental. O fragmento abaixo, representa um funcionamento de uma rede integrada, para tanto não é o mais visto no cotidiano do equipamento.

P2: "*É porque desde 8 anos eu aprendi a beber, daí um dia começou a me dar depressão, as brigas do pai com a mãe. Ai eu queria me matar, Uma vez fiquei andando entre os carros pra ver se alguém me atropelava, toda doida, aí lá no postinho me atenderam, ouviram o que 'tava' acontecendo comigo e depois de discutirem meu caso, aí mandaram pra cá, porque eu tentei me matar, eu estava em estado depressivo*".

---

1 Em Palmas – TO as UBS´s são chamadas de Centros de Saúde da Comunidade (CSC), conforme organização da rede baseada em territorialização.

Apesar da aparente articulação da rede citada acima, parece ser comum na realidade do CAPS AD III em questão relatos dos usuários de álcool e outras drogas que, ao buscarem acompanhamento em unidades de saúde, são tratados de forma estigmatizada, pois mesmo antes de ouvir a demanda trazida – muitas vezes relacionada a questões que podem ser cuidadas na própria UBS - e já identificarem que se trata de um usuários de álcool e/ou outras drogas, indicam que o local de tratamento é o CAPS AD III. Tem-se que essa realidade passa a ser diferente quando o atendimento é realizado por profissional que tenha conhecimento sobre oferta de cuidado em saúde mental, pois este costuma conseguir vinculação com o usuário, fazendo com que este passe a ser atendido em diversos pontos da rede de atenção, concebendo esse sujeito de modo integral. Para Ronzani (2010), o estigma social criado em torno dos usuários de álcool e outras drogas, apresenta um importante impacto tanto para políticas públicas, quanto para ações de tratamento. A moralização e os estereótipos associados aos usuários podem influenciar direta ou indiretamente nos resultados e na qualidade da prevenção e tratamento do uso. Pois a própria Política Nacional para Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a assistência deve ser ofertada em todos os níveis de atenção, privilegiando-se os cuidados em dispositivos extra-hospitalares.

Outra questão importante envolvendo usuários de drogas e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), é o fato de que a maioria das campanhas de saúde que envolvem promoção e prevenção são direcionadas o público feminino, ficando restrito ao público masculino campanhas que envolvam prevenção e conscientização do câncer de próstata. E de acordo com Vargas (2010), ao atendimento ao usuário de drogas caracteriza-se por ser rápido e focado no sintomas de intoxicação e que norteiam as condutas do profissional. Este fato pode estar relacionado com a baixa adesão de mulheres ao CAPS AD III, pois essas por sua vez tem grupos e campanhas que podem caracterizar um acompanhamento, diferente do público masculino que encontra esse cuidado continuado no equipamento de saúde direcionado para

álcool e outras drogas. Para tanto é importante ressaltar que esse fato vem sendo problematizado, ainda segundo Vargas (2010) esse tipo de atendimento focado na crise, gera insatisfação nos usuários, pois estes acreditam que a atenção deve ser continuada independente do equipamento ou da demanda apresentada ser vinculada a substancias psicoativas.

Percepção do Equipamento

Um dos pontos que mais aproximam as usuárias que já estão no serviço à participarem do tratamento estão relacionadas a forma como estas são vinculadas ao seu Técnico de Referência (TR) e ao equipamento, evidenciando o cuidado e o vínculo como pontos de aproximação das usuárias para com o serviço.

P3: *"O carinho das pessoas, quando trabalha num negócio. Nem todo mundo é assim na verdade, eu sou sincera. Nem todo mundo aqui trata a gente como pessoa. As vezes trabalha aqui só pra receber, mas os poucos que tem e trabalham com coração estes já me fazem feliz. O ponto fraco é aqueles que tratam com indiferença, tipo coisa aqui do trabalho"*.

P4: *"Eu gosto muito do CAPS, pra mim o CAPS tem sido durante esses anos uma família, eu encontro aqui amizades, eu tenho amizades aqui. Muita gente vem pro CAPS primeiramente pelo tratamento, mas eu consegui fazer vínculo até com os funcionários, inclusive eu namorei e casei aqui no CAPS"*.

P5: "É uma boa escolha pra quem quer se tratar, igual eu quero, mas agora eu não 'tô' conseguindo, mas em nome de jesus eu consigo. Fiquei uns meses sem beber, mas até dormindo eu via potinho na minha frente."

Fica evidenciada pelas falas acima a importância da relação entre usuário e equipamento, mas quando falamos de equipamento, estamos nos referindo aos profissionais que o compõe. Na unidade de tratamento em que foi realizada a pesquisa, os profissionais se

organizam no cuidado ao paciente da seguinte maneira: a cidade é dividida por regiões ou territórios, onde um ou dois profissionais são responsáveis por cada um desses locais, sendo uma forma de aprimorar os processos de trabalho e favorecer a construção de vínculo entre equipe e usuário. Para Azevedo e Miranda (2010), os profissionais de saúde, no estabelecimento do vínculo terapêutico, passam também a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pelo usuário e pelas muitas vidas que a ele se ligam e nele se expressam. Logo é percebida a responsabilidade e influência que este profissional tem para com o tratamento do usuário, pois esse passa a ser visto como um apoiador e orientador das ações do mesmo.

Dessa forma, enfatiza-se a importância do vínculo na efetividade do tratamento, visto por Pichon-Rivière (1995) como uma relação particular estabelecida entre um sujeito e um objeto, na qual o sujeito exerce uma função frente ao objeto e o objeto, por sua vez, exerce determinada função sobre o sujeito. Considerando que o vínculo se constrói a partir da troca, da comunicação entre dois sujeitos, isso se torna mais facilitado quando ambos se implicam na construção desse vínculo e se responsabilizam por isso. Dessa forma, a construção do cuidado se dá na elaboração da relação, e o vínculo no caso em tela está relacionado não somente aos papeis de trabalhador e de usuário, mas principalmente de agente do cuidado, de apoio, tanto nas situações de evolução, quanto nas situações de crises ou recaídas não desejadas, podendo ser necessário o acolhimento e a ressignificação.

Entende-se essa aproximação entre usuário e profissional é um trabalho humanizado, conquista da fruto da Política Nacional de Humanização, que de acordo com de Paula Souza (2009), é uma tecnologia que envolve conversa de verdade, busca conjunta pela resolução de problemas, problematização para ações concretas em saúde, e é ainda a tentativa de transformação e remodelamento dos sentidos e modos de relação entre usuários, profissionais e instituições.

Outras situações identificadas como aproximadoras ou que favorecem a adesão das usuárias, são as ferramentas que o equipamento de saúde possui tais como atividades coletivas, alimentação adequada e outros. Uma parcela da população que frequenta tal equipamento de saúde se encontra em situação de rua e, muitas vezes, o único momento de lazer/cuidado se restringe aos que vivencia dentro do CAPS AD III, sendo este muitas vezes percebido como "um lar", ultrapassando o aspecto de simples unidade de saúde.

P1: *"Ah, eu gosto da quinta-feira, das atividades, sempre gostei. Do banho de piscina que tinha. Dos exercícios que a mulher faz com a gente. Isso faz a gente se sentir viva, né?"*.

P4*: "A refeição, não a qualidade, mas o tanto de vezes que come, manhã, meio dia, lanche, janta, ceia, o fornecedor pode não ser bom, mas a quantidade é bom. Porque quando a gente tá na rua, em uso, nem lembra de comer, e aqui além de conversa, tem esse lado importante também"*.

P5: *"Aqui é bom que todo mês a gente tem uma consulta, né. Ai eles mandam a gente fazer os exames tudinho, a gente faz. Ai a gente sabe o que que a gente tem. Eu tenho uma doença que através desses exames aqui eu descobri. Uma coisa que eu não ia descobrir nunca, se não viesse sempre aqui"*.

É percebido nesses discursos que o foco do tratamento ofertado não está somente na droga, mas no sujeito que, além o uso/abuso de drogas, se relaciona com o mundo de diversas outras formas. Portanto, se faz necessário atender e entender o sujeito como um todo, compreendendo que a droga faz parte de um processo de adoecimento do sujeito, mas ele não se restringe a isso. Logo, um trabalho importante seria explorar as potências do sujeito, colocando o abuso de drogas como mais um sintoma de um funcionamento pessoal já adoecido.

Pontos Fracos

Questionou-se as entrevistadas o que elas percebiam como pontos que poderiam enfraquecer o desejo de se tratar ou situações que as afastassem do equipamento de saúde. Logo as mesmas citaram diversos contextos, exemplificados nos fragmentos das entrevistas abaixo:

P2: "*as vezes eu chego atrasada e se chega atrasada, aí não tem almoço*".

P3: "*Não gosto quando reúne os grupinhos pra ficar falando da droga e da bebida. Tem alguns colegas que não vem aqui pra se tratar, sei que recaída faz parte, mas tem gente que tá todo dia recaído e só quer falar disso*".

P1: *"Às vezes não tem grupo que me interessa na hora que eu chego, ai fico à toa, porque não vou participar só pra assinar a frequência, tem que ser interessante."*

P5: "*Liberdade de algumas coisas né, eu acho passou do portão pra dentro nem fumar não podia. Eu não fumava cigarro, mas só de ver a cinza se formando já me remetia ao crack, a fumaça vem e já vem. Agora 'tô' suportando a cigarro mas já já tem o meu crack e as conversas que saem na hora do fumo*".

No fragmento da entrevista de P2, podemos discutir sobre a existência de regras dentro do equipamento de saúde e da importância que regras tem diante do tratamento com usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pois ao considerarmos que o uso de drogas permeia uma desorganização da vida do usuário, é necessário e benéfico que este ao procurar ajuda encontre um local com regras e padrões bem definidos. Mesmo que as regras possam ser vistas como limitadoras de ações, são elas que auxiliam o usuário a retomar seu padrão de funcionamento.

Já no fragmento de P5, é indicado a autorização para o consumo de tabaco dentro do equipamento em questão. O local delimitado para o uso de tabaco é identificado como "fumódromo", uma conquista dos usuários que passavam o dia dentro do serviço de saúde, muitas vezes abstinentes de outras drogas e uma estratégia identificada como Redução de

Danos (RD). Julião (2008) identifica a Redução de Danos como uma política de saúde que tem como objetivo reduzir os prejuízos causados pelo uso de drogas, e que é pautada na liberdade e respeito para o indivíduo que deseja consumi-la. Para tanto a estratégia de Redução de Danos é vista como uma forma de auxiliar o sujeito na melhoria de sua qualidade de vida, mesmo quando este não deseja sessar o uso de drogas, como nos casos de distribuição de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis, para que estes ao manter o consumo de sua droga de preferência, não se coloquem vulneráveis a contaminação ou transmissão do vírus da AIDS, por exemplo.

Logo compreendemos que a permissão para que os usuários consumam tabaco dentro do equipamento de saúde, auxilia no processo de redução de danos, quando minimiza possíveis sinais de abstinência que o usuário possa ter diante da ausência do uso de sua droga de preferência e evita que o mesmo deixe o equipamento de saúde para sessar sua possível fissura, colocando-se vulnerável as condições de uso e possivelmente interrompendo o auxílio que lhe é dado no equipamento.

E sobre o fragmento da entrevista P3, é mencionado sobre os usuários do serviço que muitas vezes adentram o equipamento escondendo bebida alcoólica ou drogas, quando são orientados e esclarecidos que o equipamento de trata de um lócus de tratamento de saúde para aqueles que tem problemas decorrentes do uso de drogas, e que encontram-se motivados para tal ação, tendo como principal caraterística ser um serviço de “portas abertas”, evidenciando que não se faz necessário qualquer tipo de encaminhamento para iniciar o tratamento, mas sim a motivação do sujeito. Mas como já mencionado, é corriqueiro que usuários que não estejam intencionados ao tratamento, busquem o equipamento para apoio alimentício ou de higiene pessoal, ocasionalmente sob efeito de alguma substancia, causando incômodo e provocando possíveis anseios nos usuários que se encontram dentro do equipamento.

Outro tema citado nos fragmentos acima e que é de extrema importância, é a recaída, entendida como um retorno ao uso de drogas seguido de um período abstinente do uso. A situação de recaída, pode muitas vezes ser interpretada como um fracasso profissional ou até como um abandono de tratamento, causando desamino no profissional de saúde que o acompanha e possivelmente vergonha ao usuários que vivência a recaída, para tanto Rigotto e Gomes (2002) afirmam que a recaída se mostra associada a uma série de fatores, como falta de apoio familiar, envolvimento com companhias que realizem uso de drogas e até ocasionada por uma frustação diante de uma situação onde há necessidade de aprovação. O fenômeno da recaída, nos reforça a afirmativa de que é preciso entender o usuário de drogas em sua totalidade, entendendo que este é um sujeito que se relaciona em diversos contextos, logo é preciso apoia-lo frente as suas relações, pois o uso de drogas é fruto das relações que o mesmo constrói ao longo de sua história, não podendo ser entendido como um evento isolado.

Grupos

Diante de várias possibilidades terapêuticas, o grupo se apresenta como uma importante ferramenta de trabalho dentro dos serviços de saúde mental. O grupo é reconhecido como um espaço adequado para a exploração da subjetividade ao possibilitar que os membros reproduzam neste ambiente os papéis que ocupam no dia a dia de suas relações (Japur; Guanaes, 2001).

Quando questionadas sobre o fato de participarem de grupos mistos e de modo geral fazerem tratamento com outros homens, as respostas foram diversas, não consensuais.

P2: *“Mas aqui só tem é homem. Tanto faz, se eles me respeitaram, tanto faz. Podia é ter novos grupos, principalmente pra falar de remédio”*.

P4: *“Eu acho ruim, me senti inibida muitas vezes. Deveriam ter oficinas só pra mulheres, a gente não se sente bem de falar da nossa prostituição por exemplo, na frente de outros homens”*.

P1: *“Nada contra, mas podia ter mais mulher, Tem horas que tem, mas do nada elas somem. Porque a gente quer falar de coisas e como só tem homem, aí não falo”*.

P3: “*Não acho ruim, apesar que eles só falam sobre droga, sobre mulheres. Às vezes é bom separar, ter outro assunto. Eu sinto falta dos grupos de beleza que as estagiárias fazem com a gente, podia ter mais.”*

P5: “*Um pouco desconfortável a gente se sente meio isolado, mas não tem problema não.”*

Na literatura pouco fala-se sobre os padrões de uso e as diferenças entre os sexos masculino e feminino acerca disso. Para tanto, a partir da vivência das pesquisadoras no CAPS AD III em questão, tem-se que, em maioria, o padrão de uso de drogas masculino atrela-se mais a grupalidade, enquanto o feminino restringe-se ao individual, chegando ao isolamento. Talvez essa realidade percebida devesse refletir na forma de tratamento que é ofertado ao público feminino, mas o que se vê são os mesmos cuidados para ambos públicos. Além disso, sendo a maioria do usuários presentes nesse equipamento ser do sexo masculino, a tendência é discutir temáticas que envolvam tal universo.

Para corroborar com esse apontamento, Muza (1997), em pesquisa sobre o consumo de drogas em uma escola, descobriu que as diferenças são estatisticamente significantes para, praticamente, todas as substâncias, com taxas de prevalência de consumo maiores para os homens, exceto para os medicamentos, mais consumidos pelas mulheres. Os sujeitos do sexo masculino consumiram mais drogas que os do feminino. Nota-se, porém, uma nítida preferência por parte do sexo feminino pelas drogas lícitas (medicamentos como ansiolíticos e anfetamínicos), e pelas drogas ilícitas o sexo masculino, confirmando uma tendência

observada em outros estudos (GUIMARÃES et al, 2004). Diante de tal padrão de uso diferenciado, e também, conforme relatado nas entrevistas, haverem outras demandas específicas que envolvem o público feminino, poderiam ter um espaço dentro do CAPS AD III para discutir e ressignificar as demandas problemáticas trazidas pelas usuárias, sendo esta uma possível tecnologia de aproximação do público feminino com o equipamento. Além de promover, como citado no fragmento das entrevistas, momentos de cuidados pessoal, onde as usuárias possam se sentir valorizadas e com aumento da autoestima, proporcionando assim uma outra forma de cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta que os fatores que interferem na adesão das mulheres ao tratamento ofertado no CAPS AD III, pode estar atrelado a estratégia de trabalho que o equipamento apresenta, considerando que a maioria do público que frequenta o equipamento é do sexo masculino, logo as discussões e forma de trabalho são mais direcionadas para tal público. Porém essa não é uma característica especifica do campo de estudado, em pesquisa realizada sobre o perfil clinico e a adesão ao tratamento de usuários de CAPS AD III, Peixoto (2010) constatou que as formas de abordagens que são utilizadas pelo equipamento têm contemplado em sua maioria homens, mais velhos, etilistas, com longo histórico de uso, oriundos de famílias com possível melhor dinâmica familiar. Fato que não ocorre intencionalmente, mas está diretamente relacionado com a formação que recebemos para o cuidado com usuários.

Se faz necessário estudar o uso da droga, enquanto tal, como um ato de comunicação, que expressa a forma com que o sujeito se relaciona com o mundo a partir de dada realidade e percepção, considerando que pessoas de sexos diferentes podem fazer o uso de drogas num mesmo contexto, mas a forma com que este ato reflete para cada um deles é inteiramente subjetivo, e tal subjetividade precisa ser entendida como um pontos fundamental a ser trabalhado para melhoria do quadro o usuário. Não indicamos como necessário somente a diferença de gêneros, mas o entendimento de como esse uso/abuso reflete na forma como este sujeito percebe e age no mundo.

Dentre os principais fatores apontados nas entrevistas, temos a vínculo das usuárias entrevistadas com o equipamento através dos profissionais que o compõe, como algo potencializador do tratamento. Onde os dados coletados demonstram que as usuárias se sentem mais confiantes e seguras quando existe alguém funcionando como apoiador do processo. Para tanto, Souza et al (2006), nos relembra que a reforma psiquiátrica, e por tanto,

o modelo de atenção psicossocial ainda é novo, se comparado com a vigência do modelo asilar, e destaca a quantidade de profissionais da área da saúde com falta de engajamento, que aparentemente não estão sensibilizados com a nova forma de trabalho e/ou tiveram uma formação voltada para o modelo hospitalocêntrico. Avalia-se que esses profissionais que não se direcionam para as normas formas de produzir cuidado interferem diretamente na eficácia do tratamento recebido pelas usuárias.

Partindo desse pressuposto nos atentamos então para a necessidade de capacitação e entendimento dos objetivos e princípios da Política Nacional de Humanização voltada aos trabalhadores desse público especifico, e principalmente um olhar diferenciado inicialmente para as especificidades de cada público e padrão de uso, para a partir daí gerir novas formas de promover cuidado. Pois de acordo com os dados coletados nas entrevista, não é explicita a necessidade de diferenciação de gêneros no tratamento, mas de um cuidado e a partir da subjetividade que cada usuário carrega consigo.

Para tanto entendemos como uma possível estratégia para melhorar a adesão de mulheres ao tratamento ofertado pelo CAPS AD III, a geração de um espaço, sendo ele grupo terapêutico, oficina ou qualquer outra tecnologia de cuidado e troca, para atender as especificidades em comum do público feminino. Que o objetivo não seja trabalhar as formas de uso de drogas ou alguma droga especifica, mas sim problematizar e discutir questões que estejam relacionadas com o público feminino, gerando um espaço de troca e de apoio.

Em relação aos objetivos propostos nessa pesquisa, não foi possível construir um perfil do público feminino que frequenta o equipamento, sendo necessário para isso um estudo direcionado a história de vida e contextos de cada entrevistada, já que o presente estudo teve como foco principal entender os fatores que contribuíam para a baixa adesão das usuárias ao equipamento. Para tanto levantou os seguintes dados através das 7 entrevistas, 6 entrevistadas estavam desempregadas, 4 eram usuárias de álcool e 3 de múltiplas com

preferência pelo crack, e tinham idade média entre 28 e 47 anos. Esses dados já apontam para características em comum que poderiam ser trabalhadas em conjunto, como por exemplo um grupo de geração de renda, considerando que a maioria das entrevistadas se encontrava desempregada.

Por fim, ressaltamos a importância de intervenções que foquem na real dificuldade enfrentada pelos usuários de álcool e outras drogas, gerando novas estratégias de cuidado a partir da realidade apresentada.

REFERÊNCIAS

Azevedo, D. M. D., & Miranda, F. A. N. D. (2010). Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Esc Anna Nery*, *14*(1), 56-63.

Bolzan, L. D. M. (2013). Marias flores: extratos da vivência cotidiana no centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas–CAPSAD.

Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em 10 jan 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf. Acesso em: 7 jan. 2016

BRASIL**.** Secretaria Nacional Antidrogas. (2001*). Política Nacional Antidrogas***.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf. Acesso em: 25 jan. 2016.

Carloto, C. M. (2001). O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. *Serviço social em revista, Londrina*, *3*(2), 201-213.

Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2011). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Vozes.

de Paula Souza, L. A., & Mendes, V. L. F. (2009). O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *13*(1), 681-688.

GIL, A. C**. Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Guimarães, J. L., Godinho, P. H., Cruz, R., Kappann, J. I., & Junior, L. A. T. (2004). Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, *38*(1), 130-132.

Japur, M., & Guanaes, C. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *23*(3), 134-140.

Julião, A. M. (2008). Redução de Danos para o Álcool. *DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: uma cartilha para profissionais de saúde*, 35.

Muza, G. M., Bettiol, H., Muccillo, G., & Barbieri, M. A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev Saúde Pública*, *31*(1), 21-9.

Leal, M. B. D. R. (2009). Ser mulher e dependente química: adesão ou adaptação ao tratamento?.

Peixoto, C., Prado, C. H. D. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T. D., & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, *59*(4), 317-321.

Pichon-Rivière E.(1995). *Teoria do Vínculo*. 5.ed. São Paulo (SP): Martins Fontes.

Rigotto, S. D., & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, *18*(1), 95-106.

Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, *59*(4), 326-332.

Schenker, M., & Minayo, M. C. D. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, *8*(1), 299-306.

Souza, J. D., Kantorski, L. P., & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, *2*(1), 0-0.

Triviños, A. N. S. (2015). Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo; a fenomenologia; o marxismo. In *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo; a fenomenologia; o marxismo*. Atlas.

Vargas, D., Oliveira, M. A. F. D., & Luís, M. A. V. (2010). Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, *23*(1), 73-79.

Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Fiocruz.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CAPS AD III: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rhuan Carlos Cavalcante Lucas[1]
Domingos de Oliveira[2]

Resumo

Introdução: É de inteira relevância a implantação de grupos operativos em CAPS AD que abordem a temática *educação em saúde*, visando sanar e esclarecer dúvidas diversas sobre temas pertinentes que têm a ver com o cotidiano dos usuários que são acompanhados nesses estabelecimentos. O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência de um enfermeiro residente em Saúde Mental na condução/coordenação de um grupo de educação em saúde em um CAPS AD III de uma cidade do Tocantins. Método: Relato de Experiência. O período em que é relatado neste estudo compreende o intervalo entre os meses de Setembro de 2015 a Março de 2016, que consiste o intervalo em que o autor esteve na coordenação do grupo. Resultados: Os resultados obtidos foram os seguintes: ao todo foram dezoito encontros realizados com média de 7 participantes em grupo. O número máximo registado de participantes foi de 12 e o menor foi de 4 participantes. Considerações finais: Ao final, considera-se que este trabalho conseguiu alcançar seu objetivo que era relatar toda a trajetória na condução de um grupo de educação em saúde em um CAPS AD III. O mesmo contêm artifícios para disparadores e/ou comparativos para subsidiar a criação de novos grupos de educação em saúde em outros CAPS AD.

Palavras Chave: Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental, Educação em Saúde

EDUCATION IN HEALTH WITHIN A CAPS AD III: AN EXPERIENCE REPORT

Abstract

Introduction: It is of great relevance that operative groups in CAPS AD that approach the thematic *education in health* be implanted, aiming to solve and clarify a variety of doubts about relevant themes that are related to the daily lives of the users that undergo follow-ups in these establishments. This paper has the aim to report the experience of a nurse resident in Mental Health with the conduct/coordination of an education in health group within a CAPS AD III of a city from Tocantins. Method: Experience Report. The period that is described in this study comprises the interval between September 2015 to

[1] Especialista em Saúde Mental pela Universidade Luterana do Brasil. Enfermeiro pela Universidade Federal do Tocantins.

[2] Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeiro pela Universidade de Passo Fundo.

March 2016, that is the interval when the author was coordinating the group. Results: The obtained results were as follows: there have been eighteen meetings altogether performed with an average of 7 group participants. The highest number of participants registered was 12 and the lowest number was 4 participants. Final considerations: At the end, it is considered that this work managed to reach its goal that was reporting the entire background regarding the conduct of on education in health group in a CAPS AD III. This work has the triggering and/or comparative means to subsidize the creation of new groups of education in health in other CAPS AD.

Keywords: Mental Health Services, Mental Health, Health Education

EDUCACÍON EN SAUD EN UN CAPS AD III: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Resumen

Resumen: Es totalmente pertinente para la aplicación de los grupos operativos en CAPS AD que abordan el tema de educación para la salud, con el objetivo de remediar y aclarar varias preguntas sobre temas relevantes que tienen que ver con la vida cotidiana de los usuarios que están acompañados en estos establecimientos. Este artículo tiene como objetivo presentar la experiencia de un enfermero residente en Salud Mental en la conducción / coordinación de un grupo de educación en salud en un CAPS AD III de una ciudad de Tocantins. El período en el que se informa en este estudio comprende el intervalo entre los meses de septiembre 2015-2016 de marzo, que es el período en que el autor estaba en la coordinación del grupo. El número máximo de participantes registrados fue de 12 y el más bajo fue de 4 participantes. Por último, se considera que este trabajo ha conseguido su objetivo era informar todo el camino para llevar a cabo un grupo de educación para en salud en un CAPS AD III. Este artículo contiene los factores desencadenantes y / o dispositivos comparativos para apoyar la creación de nuevos grupos de educación en salud en otros CAPS AD.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental, Salud Mental, Educación en Salud

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados, de forma oficial, pela portaria GM n. 224, de 29 de janeiro de 1992.[1] O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Ressalta-se ainda que, o CAPS, tem por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.[2]

A Portaria M n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 estabelece as diferentes modalidades de CAPS e seu funcionamento classificando-os em CAPS I, II, III, i (infanto-juvenil) e ad (álcool e drogas).[3]

O CAPS AD deve oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Nessa modalidade de serviço de atenção psicossocial desenvolvem-se diversas atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.[2]

Ainda sobre o CAPS AD, dentre as diversas estratégias ou atividades que abordam a temática álcool e outras drogas, destaca-se o "grupo" que é um dos principais artifícios terapêuticos no enredo de atendimento que é regulamentado pelas portarias n. 224/1992 e 336/2002 nas categorias de: psicoterapia de grupo, grupos operativos, atividades de suporte social e oficinas terapêuticas.[1,3]

Na prática nos grupos terapêuticos, as finalidades junto aos usuários do serviço podem ser educativas ou de informação, reflexão e suporte, em que o espaço terapêutico possibilita ao indivíduo sua tomada de consciência como ser social.[4]

A técnica dos grupos operativos começou a ser sistematizada pelo psiquiatra Pichon-Rivière. O objetivo do trabalho com grupos operativos é desenvolver um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Em outras palavras, aprender em grupo consiste em uma compreensão crítica da realidade, uma atitude investigadora, um abrir de "portas" para dúvidas novas e, muitas vezes, diversas inquietações.[5]

Consequentemente, é de inteira relevância a implantação de grupos operativos em CAPS AD que abordem a temática *educação em saúde*, visando sanar e esclarecer dúvidas diversas sobre temas pertinentes que têm a ver com o cotidiano dos usuários que são acompanhados nesses estabelecimentos.

Em Palmas – TO, têm-se um CAPS AD III, que é referência para a população da cidade. A equipe multiprofissional do mesmo, conta com psiquiatra, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico, técnico de enfermagem, assistente farmacêutico, artesão, vigilante (segurança), auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais e coordenador administrativo. É importante informar que o estabelecimento também é um "centro escola", pois é cenário de prática para estagiários de cursos de graduação ou técnicos e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e médica (psiquiatria).

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental vem para renovar e/ou fomentar novas práticas através do trabalho problematizador dos residentes. Em 2015 o

CAPS AD III de Palmas não obtinha nenhum grupo terapêutico/operativo voltado para a educação em saúde. Dá-se aí uma oportunidade para a implantação de um grupo que visava debater com os usuários assuntos pertinentes aos mesmos, relacionados à saúde. Logo, com o apoio das preceptoras do campo de prática inicia-se o grupo intitulado "Grupo da Enfermagem".

Este relato é fruto da experiência de um residente enfermeiro em seu primeiro ano de residência na condução de um grupo operativo de educação em saúde e justifica-se por abordar um tema relevante ao trabalho da enfermagem em divulgar conhecimento a partir, não apenas de seus próprios saberes, mas a fomentar o saber que o outro tem e deve compartilhá-lo. Ademais este relato é também um subsídio para a implantação de outros grupos de educação em saúde a serem feitos em outros CAPS AD's.

Portanto, esse trabalho tem por objetivo relatar a experiência enfermeiro residente em Saúde Mental na condução/coordenação de um grupo de educação em saúde em um CAPS AD III.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência a cerca de um grupo de educação em saúde desenvolvido por um residente de enfermagem da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Tal grupo foi implantado no CAPS AD III de Palmas – TO em Setembro de 2015. Ressalta-se que o período em que é relatado nesse estudo compreende o intervalo entre os meses de Setembro de 2015 a Março de 2016, que consiste o intervalo em que o autor esteve na coordenação do grupo.

Como critério de inclusão de participantes optou-se por facultar a participação por qualquer paciente que tivesse interesse em participar dos encontros. Não eram convidados a participarem do grupo os usuários que estavam sob efeito de substância psicoativa que o incapacitava para o bem andar da atividade em grupo e aqueles que tinham outra atividade a desenvolver no estabelecimento de saúde no mesmo horário que acontecia o grupo.

O grupo acontecia no formato de roda de conversa, com dinâmicas, discussão e oficinas práticas relacionadas às temáticas propostas pelos próprios usuários no encontro anterior, em algumas situações excepcionais profissionais de outras áreas (odontologia, psicologia e serviço social) da saúde participavam do grupo. O mesmo acontecia às segundas feiras às oito horas e trinta minutos.

RESULTADOS

A seguir, encontra-se a *tabela 1* que diz respeito à sistematização dos 18 encontros as temáticas trabalhadas e a quantidade de participantes de cada encontro do grupo com uma descrição resumida dos temas abordados em grupo com os participantes.

Encontro	Nº de Participantes	Tema abordado
1º	12	Escolha dos temas
2º	10	DST/Gonorreia
3º	5	HIV/AIDS
4º	7	DST/Sífilis
5º	10	Hepatites A, B, e C
6º	8	Tuberculose
7º	7	Redução de Danos
8º	4	Dengue
9º	6	Saúde Mental

10º	4	Saúde do Homem
11º	4	DST's e o Carnaval
12º	9	Prevenindo doenças
13º	10	Higiene pessoal
14º	10	Saúde bucal
15º	10	Interação álcool e medicamentos
16º	8	Efeitos do Crack a curto e longo prazo
17º	9	Saúde bucal - Odontólogos da ESF
18º	9	Transtornos mentais e comportamentais

Ao todo foram dezoito encontros realizados com média de sete participantes por grupo. O número máximo registrado de participantes foi de doze e o menor foi de quatro participantes.

Conseguinte, está o relato de todos os encontros além de uma descrição sistematizada das atividades realizadas.

1º encontro: Escolhendo os temas a serem abordados em grupo

O primeiro encontro contou com a participação de doze usuários. Foi-se apresentado aos participantes os objetivos do grupo, o dia e horário em que o mesmo iria acontecer e a dinâmica de como os trabalhos seriam realizados. Neste, foram pactuados junto ao grupo as regras e condutas para o bom andamento do grupo. Ademais, os participantes tiveram a oportunidade de escolher quais temas relativos à saúde em geral os mesmos tinham interesse em aprender e compartilhar em grupo. Assim, nessa ocasião, foram definidos os seguintes temas: DST's/AIDIS, saúde mental, efeitos colaterais de medicamentos, interação medicamentosa, saúde do homem, transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas, redução de danos, algumas outras doenças transmissíveis, hepatites, prevenção de doenças e saúde bucal.

2º Encontro: Conversando sobre DST/Gonorreia

Neste encontro, compareceram dez usuários. Utilizou-se da dinâmica "mitos e verdades" sobre o respectivo tema. Através desta, separou-se o grupo em dois menores, e entregues placas entre os participantes que continham os dois nomes (um de cada lado da placa). Logo, era lida pelo coordenar uma afirmativa a respeito do tema gonorreia e os participantes teriam que presumir se tal afirmativa tratava-se de um mito (afirmativa falsa) ou de uma verdade (afirmativa verdadeira). Dar-se ênfase ainda, relatando-se que, não apenas ao que eles achavam objetivamente, mas também subjetivamente, pois o coordenador ainda os questionava o(s) porquê(s) dos mesmos chegarem aquela presunção sobre determinada assertiva. Consequentemente, todos os participantes poderiam dizer o que pensavam sobre aquela afirmativa. Através disso, os integrantes discutiam entre si a respeito da afirmativa e, ao final das discussões, o coordenador respondia baseado em estudos científicos, se era mito ou verdade, buscando sanar dúvidas e esclarecer incertezas. Ao final da dinâmica, os próprios usuários definiram HIV/AIDS como tema para ser debatido no próximo encontro.

3º Encontro: É preciso falar sobre HIV/AIDS

Prosseguindo as rodas de conversa a respeito da temática das doenças sexualmente transmissíveis. Chega-se aqui, com a participação de cinco pacientes, aos mitos e verdades a respeito do HIV/AIDS. Indagou-se em grupo a respeito das diferenciações entre HIV e AIDS, além dos aspectos referentes a diagnóstico, transmissibilidade da doença, tratamento, proteção e curiosidades. Ressalta-se aqui que um dos usuários chegou a perguntar ao coordenador qual era o tempo de vida que o HIV conseguiria ficar em uma seringa. É natural que se respondeu, de forma clássica, que o

próprio coordenador do grupo iria pesquisar a respeito dessa curiosidade e traria a resposta no próximo encontro.

4º Encontro: DST/Sífilis

A Sífilis também foi uma das doenças questionadas e requeridas pelos usuários participantes para que fosse tema das discussões em grupo. Acredita-se que o interesse tenha partido das notícias sobre a epidemia de sífilis no Brasil. Como disparador para o início da conversa em grupo, o questionamento feito no encontro anterior, a respeito do tempo de vida do HIV, foi respondido ao grupo de sete participantes e, ademais, foram dadas informações complementares quanto ao não compartilhamento de seringas descartáveis, explicando-se que o compartilhamento de seringas é também uma forma de contágio para diversas doenças transmissíveis por via sanguínea. A respeito do tema proposto (Sífilis), foram abordados, através de dinâmica participativa intitulada jogo da verdade sobre sífilis, os seguintes subtemas: formas de contágio, sinais e sintomas, tratamento, complicações da sífilis, além de onde procurar atendimento para realizar exames diagnósticos.

5º Encontro: Entendendo as diferenças sobre as HEPATITES A, B e C

As Hepatites A, B e C também foram tema de abordagem em grupo. Através de uma dinâmica utilizando tarjetas, os dez participantes puderam classificar os sintomas, características peculiares a cada tipo de hepatite, forma de transmissão e tratamento. Assim, os participantes classificavam, ou seja, atribuíam a qual tipo de hepatite pertencia aquela característica que era lida em voz alta pelo participante ao grupo. Por conseguinte, todos os usuários participaram discutindo a respeito daquela afirmativa. Ao final, em conjunto com os usuários, foram feitas as correções necessárias quanto à parte didática da dinâmica. Buscava-se aqui, sanar as dúvidas dos usuários a respeito da classificação, a respeito das hepatites. Ressaltava-se ainda os cuidados que se deve ter com cada uma das doenças. Deu-se enfoque, inclusive, a respeito cirrose hepática, que uma curiosidade trazida por usuários etilistas.

6º Encontro: O uso do crack e a Tuberculose

No encontro anterior, em determinado momento da conversa em grupo, um dos usuários participantes, relatou-nos que fazia uso (com outras pessoas) de *crack* em um local fechado e escuro. Surge daí, o tema do uso do crack relacionado à transmissão da tuberculose entre usuários a ser debatido em grupo. Para iniciar a conversa em grupo, foi questionado, junto aos oito participantes, o que eles conheciam a respeito da Tuberculose e/ou se eles conheciam alguém que já teve a doença. Destaca-se aqui que, impressionantemente, a maioria dos usuários que participavam da reunião conheciam pessoas que já tiveram a doença ou alguma que havia morrido por causa da mesma e estes, eram usuários de drogas ilícitas. Assim, deu-se maior enfoque a sintomatologia da doença, a forma de contágio e ainda mais sobre as formas de proteção relativas à doença. Foram esclarecidas dúvidas e indagações dos próprios usuários.

7º Encontro: Conceituando redução de danos

Contando com a participação de sete pacientes, iniciou-se o encontro com uma questão problematizadora a ser respondida ou comentada pelos participantes: "O que vem a ser a Redução de Danos?" Consequentemente, cada integrante do grupo respondeu ao questionamento inicial, e pôde refletir a respeito de outra forma de tratamento, além da abstinência total das drogas. Foi preciso notar que a grande maioria dos usuários nunca havia ouvido falar do termo "redução de danos". Através desse problema de desinformação encontrado, foi possível apresentar um pouco aos usuários, através de uma conversa participativa, sobre esse modelo inovador de estratégia de intervenção em saúde mental relacionada ao uso de substâncias ilícitas.

8º Encontro: Combatendo a Dengue

Nesse encontro, contamos com apenas quatro participantes. Destaca-se aqui que, por dezembro se tratar de um mês em que muitos profissionais e usuários entram em férias, o número de pessoas que procuram o CAPS AD III de Palmas diminui consideravelmente, o que corrobora para uma baixa frequência nos grupos e oficinas da realizados na instituição nesse período. A escolha do tema pelos participantes foi impulsionada pelo fato de, na data em que se realizou o encontro, vivia-se o período chuvoso em Palmas. Utilizando-se do formato roda de conversa, foi possível refletir sobre dúvidas comuns a respeito da temática, tais como: modo de transmissão, período de transmissibilidade, tratamento, mitos e verdades a respeito do tema e combate ao *Aedes aegypti*.

9º Encontro: Saúde do Mental

Nesta ocasião, participaram seis pessoas. O objetivo central dessa reunião era conceituar em grupo o termo "Saúde Mental". Logo, buscou-se ao modo roda de conversa, debater-se sobre as dúvidas mais comuns que se têm sobre transtornos mentais comuns. Diferenças entre tristeza e depressão. Dúvidas frequentes a respeito do transtorno do pânico, dentre outros. Sendo assim, buscar-se-ia fazer com que os participantes refletissem sobre estes temas comuns, ou sintomas que venham a ter em algumas ocasiões em que o seu emocional esteja, de certa forma, comprometido.

10º Encontro: Saúde do Homem

Foram quatro os participantes nesse encontro. Com nove encontros já realizados, sequencialmente, observou-se a predominância do público masculino. Através dessa observação, justifica-se o tema que foi trabalhado com os homens que frequentavam o grupo a temática saúde do homem, primeiramente com enfoque mais amplo e em segundo plano enfocou-se a respeito dos mitos e verdades sobre o câncer de próstata.

11º Encontro: Doenças sexualmente transmissíveis e o Carnaval

Nesse período, aproximava-se o feriado de carnaval. Surge aí a ideia de se trabalhar em grupo a temática do carnaval e os fatores de saúde relacionados ao tema. A pergunta inicial como disparador para abrir as discussões em grupo foi: "Como será o seu carnaval?" Após todos falarem a respeito, foi-se instigado que os mesmos falassem sobre fatores de proteção à saúde frente aos riscos que muitas pessoas se expõem nesse período. Ao final, foram esclarecidas, em roda de conversa, as dúvidas sobre os métodos de proteção individual a respeito do contágio por via sexual. Ressalta-se que participaram cinco pessoas desse encontro.

12º Encontro: Cuidados e alertas que ajudam a prevenir doenças e contribuem para o bem-estar

Aqui, nove pessoas participaram desse encontro. O tema proposto em encontro anterior foi de certa forma, genérico. Os mesmos solicitaram que conversássemos sobre a temática prevenção de doenças comuns e cotidianas. Iniciou-se a conversa em grupo através de uma dinâmica interativa chamada "Que doença está no papel?" O objetivo da dinâmica era a descontração entre os participantes e instigar o reconhecimento de doenças a partir de seus sintomas. Separava-se um participante para tentar adivinhar qual era a doença escolhida pelo grupo. O grupo escolheria uma doença e o coordenador anotaria em um papel. O participante que foi escolhido para adivinhar questionava ao grupo sobre sintomas comuns e o grupo respondia sim ou não até que o mesmo pudesse ter certeza de qual era a doença que o grupo havia escolhido. Depois da dinâmica, conversou-se sobre os cuidados que se deve ter em relação à prevenção de doenças. Os usuários falaram sobre quais medidas preventivas eles já tomaram para si e o que isso vem afetando de forma benéfica sua saúde e bem estar. Ao final, foram sanadas dúvidas e escolhido entre os participantes o próximo tema: higiene pessoal.

13º Encontro: Higiene pessoal

Participaram desse encontro dez usuários. Conforme foi proposto no encontro anterior, o tema a ser abordado foi higiene pessoal. Aproveitou-se para fazer algo prático, algo diferente, que realizou-se ao final da conversa em grupo sobre higiene pessoal. Nessa ocasião, realizou-se uma oficina de lavagem das mãos seguindo a técnica internacional de antissepsia das mãos. Além disso, teve-se a oportunidade de se esclarecer, em roda de conversa, a importância da higiene corporal geral relacionada à prevenção de doenças oportunas.

14º Encontro: Saúde Bucal

Iniciou-se a conversa em grupo de dez participantes através da *Dinâmica do Conhecimento*. Nessa dinâmica disparadora, cada usuário foi convidado a escrever em um papel em branco as doenças que os mesmos conheciam que acontecem ou estão relacionadas direta ou indiretamente com a boca e quais drogas podem trazer prejuízos à boca. Assim, as discussões a respeito do tema fluíram regularmente. Com isso, na primeira parte das discussões falou-se, em grupo, sobre as doenças relacionadas à boca. Já no segundo momento, conversou-se a respeito das drogas que prejudicam a boca dando enfoque nos prejuízos relacionados à dentição.

15º Encontro: Conhecendo a interação entre álcool e medicamentos

No 14º encontro os usuários escolheram como próximo tema os efeitos de alguns medicamentos quando usados junto com o álcool. A conversa com o grupo de dez participantes iniciou-se com o seguinte questionamento: você já utilizou medicamento quando estava em uso frequente de álcool? A maioria dos usuários respondeu que sim. Depois disso, foi se perguntado quais os sintomas que vieram a ocorrer com os mesmos. Após os mesmos contribuírem com os sintomas, o coordenador relator os efeitos esperados que ocorram com o paciente se ele misturar álcool a medicamentos. Por exemplo: foram discutidos em grupo os efeitos potencializadores do álcool sobre os medicamentos, inibitórios do álcool sobre os medicamentos, o álcool agindo no mesmo sítio dos medicamentos e os remédios aumentando o efeito do álcool. Conversou-se também a respeito das classes de medicamentos.

16º Encontro: Efeitos do crack a curto e em longo prazo

No encontro ocorrido anteriormente, os usuários escolheram como tema *os efeitos do uso de medicamentos e o crack concomitantemente*. Porém, não foram encontrados estudos científicos a respeito do tema. Assim, por escolha do coordenador, foi proposto o tema sobre os efeitos do uso do crack ao curto e em longo prazo. Assim, conversou-se com os oito participantes, primeiramente, no tocante aos efeitos em curto prazo. Consequentemente, os usuários participantes falaram sobre os sintomas que os mesmos têm ou já passaram. Na segunda parte da reunião, dialogou-se sobre os efeitos do uso do crack em longo prazo. Enfocou-se aqui, as comorbidades inerentes ao uso do crack por longo período.

17º Encontro: Oficina de saúde bucal

Com a participação de nove pessoas, nesse encontro, contou-se com a participação de dois odontólogos residentes de saúde da família e comunidade. Ministrou-se aqui, uma oficina sobre saúde bucal em grupo. Foram tiradas dúvidas dos usuários sobre a higienização de toda a região bucal e, ao final, foram entregues quites de higienização bucal e realizou-se a escovação assistida junto aos usuários participantes.

18º Encontro: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas

Chega-se aqui ao último encontro que contou com a participação de nove indivíduos. Discutiu-se em grupo a relação dos transtornos mentais e comportamentais consonantes ao uso abusivo de substâncias psicoativas licitas e ilícitas. Para dar início

as discussões em grupo, perguntou-se aos participantes o que os mesmos pensavam a respeito da frase: "a dependência química é uma doença". Consequentemente, os usuários debateram sobre o assunto. Alguns reconheciam que a dependência química é uma doença, porém outros diziam que não. Aqui, não se tentou convencer a qualquer usuário que o abuso de drogas é uma doença, mas que os mesmos compartilhassem o que pensam sobre o assunto e, ao final refletissem que este uso não recreativo de drogas trás prejuízos comportamentais e mentais ao indivíduo. Na segunda parte do encontro, a partir de uma dinâmica com tarjetas, cada usuário recebeu uma tarjeta que continha, nela escrita, um sintoma grave ou não grave relacionado ao abuso de substâncias ilícitas. Por conseguinte, cada usuário compartilhou o que sabia sobre aquele sintoma em específico. Dessa forma, conseguiu-se discutir em grupo a respeito vários componentes da Classificação Internacional das Doenças no intervalo do CID F10-F19.

DISCUSSÃO

Marcus Vinicius Oliveira dizia que, "só existe uma maneira da sociedade se proteger dos malefícios eventualmente causados por algumas substâncias psicoativas ou pelos princípios psicoativos presentes em algumas substâncias, e esse recurso se chama informação – informação de boa qualidade, informação democrática e facilmente acessível, informação realística, capaz de dissolver as brumas do engano, da falsificação, da mentira e da manipulação. A qualidade da informação que circula na sociedade é o principal recurso que uma sociedade pode ter para enfrentar o que tiver que ser enfrentado no tema das drogas".[6]

Evidencia-se aqui que a estratégia de informar o outro se torna primordial na propagação da prevenção relacionada ao uso de drogas. A informação, quando bem transmitida de forma clara e objetiva, transforma-se em importantíssima ferramenta esclarecedora e formadora de conhecimento.

Ademais, é necessário perceber a complexidade do fenômeno 'uso de substâncias psicoativas' e intervir considerando a subjetividade de cada pessoa. Os grupos operativos de educação em saúde constituem-se num espaço de promoção do autocuidado a partir da abrangência e especificidade de suas intervenções. Portanto, a vivência em grupo vem subsidiar mecanismos de fortalecimento dos usuários de substâncias psicoativas para o enfrentamento de medos e dificuldades, por meio da troca de conhecimentos e experiências. Tudo isso contribui para que esses usuários adquiram uma postura mais ativa e responsável em seu tratamento, assumindo-se como sujeitos de suas histórias de vida e não mais como objeto sob o domínio das drogas e de uma existência subumana.[7]

Isso significa dizer que, a metodologia grupal de educação em saúde é indispensável no processo de tratamento em CAPS AD, pois vêm a converter de uma forma mais favorável as reflexões dos mesmos a respeito das questões sobre saúde, proteção e tratamento. Vem, também, a contribuir para um maior protagonismo dos usuários envolvidos, pois provoca a busca por consensos e pela descoberta do "novo" que, nesse contexto, faz referência ao aprendizado, ou seja, ao conhecimento a assuntos específicos que envolvem o seu próprio tratamento.

A qualificação profissional é de suma importância em todo o processo de condução do grupo. Para que as possibilidades terapêuticas aumentem por meio do processo terapêutico grupal de atenção à saúde, é necessário que o profissional esteja preparado para reconhecer e compreender a crise motivadora da procura da ajuda. Para isso, é necessário que sua assistência promova informação, educação em saúde, reflexão e suporte. O grupo é uma forma de explorar estes aspectos, e deve perpassar a necessidade de atender uma grande demanda ou uma forma informal de prestar assistência.[4]

Frente a esse pressuposto, é importante mencionar que o profissional que deverá estar na coordenação do trabalho em grupo deverá se desdobrar frente a pesquisas em meio eletrônico e bibliográfico. Em alguns casos, faz necessário apoio de outros profissionais de outras áreas de conhecimento a fim de se obter auxílio na condução do grupo em relação a assuntos que o profissional enfermeiro não domine.

É possível enxergar outra perspectiva que envolve as atividades em grupo, pois esse espaço promove a reflexão através da prática relacionada ao conhecimento científico, e com o objetivo de provocar mudanças individuais que buscam a reprodução no coletivo. Igualmente, busca-se com as provocações realizadas em grupo, que os indivíduos tornem-se autônomos, emancipadas com capacidade de decisão sobre sua saúde e de sua família. Por conseguinte, é também objetivo das práticas educativas considerar os indivíduos como agentes que participam do processo educativo e não como, apenas, receptores de informações. E, para que isso não ocorra, as ações de saúde devem ser sistematicamente avaliadas, orientadas e se preciso reorientadas baseadas na realidade, necessidades e interesses dos participantes que compõem o grupo.[8]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível dizer que este trabalho conseguiu alcançar seu objetivo que era relatar toda a trajetória na condução de um grupo de educação em saúde em um CAPS AD III. O mesmo contêm artifícios para disparadores e/ou comparativos para subsidiar a criação de novos grupos de educação em saúde outros CAPS AD.

Neste, destaca-se também o trabalho do enfermeiro no CAPS AD como ator essencial nos processos de trabalho de educação em saúde voltada para a formação de grupos temáticos com usuários que realizam tratamento nesses estabelecimentos. Vale lembrar, que essa atribuição de "cuidar ensinando" deve ser exaltada na prática de enfermagem.

Pode-se considerar ainda, que o aprender ou descobrir em grupo é uma prática enriquecedora tanto não só apenas para o usuário que têm dúvidas sobre as temáticas abordadas, mas também para o próprio coordenador que é instigado a pesquisar ou colher informações com os demais colegas de trabalho que compõem a equipe multiprofissional do estabelecimento referente às temáticas.

Ademais, o espaço em grupo pode ser visto de outra forma, como espaço de construção de vínculos entre profissional-usuário entre os próprios pacientes participantes. Muitas das vezes, os usuários encontram naquele espaço, sigiloso e de conhecimento, uma abertura, pra falar ao profissional de saúde sobre algum sintoma que o incomoda ou a outra pessoa que o mesmo conhece.

Assim, este trabalho serve como uma ferramenta para que outros enfermeiros de outros centros de saúde possam utilizá-lo como base para implantar novos grupos de educação em saúde, visando assim, ampliar o escopo de participação do enfermeiro no trabalho em equipe multiprofissional em saúde mental em CAPS AD.

REFERÊNCIAS

1. SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1:1168.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004.
3. Brasil. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 17 set. 2004. Seção 1:51.

4. Bourguignon LN, Guimarães ES, Siqueira MM. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos do CAPS AD do estado do Espírito Santo. Cogitare Enferm. 2010;15(3):467-73.
5. Bastos, Alice Beatriz B. Izique. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicólogo informação 2010; 14.14: 160-169.
6. Souza, J. (2016). Crack e exclusão social.
7. Cordeiro Vasconcelos, S. (2012). Grupo terapêutico educação em saúde: promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas.
8. França, V. C. M. (2016). Oficina de sexualidade e DST/HIV em saúde mental: relato de experiência no grupo educativo do CAPS em Lagoa do Carmo/PE.

UNISC
Barbarói

INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.9034

Thayse Fernanda Silva Gomes
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA – Brasil

Maria Helena Cariaga Silva
Universidade Federal do Tocantins – UFT – Brasil

Resumo
O trabalho é produto da experiência da assistente social residente em saúde mental inserida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. O CAPS, é um serviço de atendimento a portadores de transtorno mental, por meio da criação de espaços de construção de relações sociais. A experiência teve como ponto de partida a observação durante o período de vivência na Unidade sobre atuação do profissional em Serviço Social, bem como o reflexo de sua atuação na prestação dos serviços ao usuário portador de transtorno mental. Por meio da intervenção profissional em acompanhar o cotidiano deste serviço e por meio do suporte teórico-metodológico que a residência proporciona, foi possível construir um olhar crítico sobre o fazer profissional do assistente social dentro do contexto da Saúde Mental e do SUS. Esse relato tem a finalidade de explanar a contribuição do Assistente Social na instituição e a importância do protagonismo da residente no serviço visando a qualidade de vida do usuário.
Palavras-chave: Caps, Assistente Social, Saúde Mental.

Introdução

Falar sobre saúde mental se torna complexo pelo simples fato do intenso preconceito que ainda existe aos portadores de transtorno mental que são conhecidos como malucos, loucos, doentes mentais, dentre outras intitulações que são colocadas pela sociedade, tais termos só fortalecem a discriminação. Desmistificar a saúde mental para a sociedade ainda é uma missão desafiadora para os portadores de transtorno mental, para os profissionais atuantes na área e para o Estado.

No Brasil, por muito tempo uma reminiscência de institucionalização cooperou para o estigma e isolamento social da pessoa em sofrimento psíquico, a partir da reforma psiquiátrica institui-se o modo de atenção psicossocial, que preconiza uma atenção em saúde articulada à perspectiva de liberdade e cidadania.

Spadini e Souza (2006), afirmam que a doença mental permanece até nos nossos dias confusa diante da medicina, no entanto o adoecimento psicológico é perceptível de modo mais fácil, pois em geral são apresentados por pessoas que adoecem, apresentam

comportamentos fora dos padrões considerados como normais, os quais aceitos pela sociedade. Assim, não sendo entendida pela sociedade como doença de causa já bem conhecida, tem a definição pela determinação cultural e de valores, não restringindo somente aos fatores biológicos.

No intuito de fortalecer e qualificar o SUS surgiu a Residência Multiprofissional em Saúde foi orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrange as profissões da área da saúde (Resolução CNS nº 287/1998). No município de Palmas/TO os programas de residências são: Saúde Mental, Saúde Coletiva e Saúde da Família e Comunidade.

Com a vasta complexidade da saúde em si, sendo ela em sua necessidade ou na sua contradição da realidade contemporânea, estabelece a indigência de uma relação de trocas de saberes e trocas profissionais, nessa visão, a potencialidade da residência incide em proporcionar o trabalho e a formação, observar as necessidades de saúde da comunidade como linha norteadora da qualificação profissional, bem como, elucidar a importância de um trabalho realizado em equipe.

O Serviço Social se apresenta como categoria fundamental nesse processo de ensino e serviço, uma vez que sua formação generalista lhe possibilita a visão da totalidade dos sujeitos sociais, a análise de conjuntura da relação entre macro e microestrutura e a mediação das relações contraditórias do capital e trabalho. Dentre as profissões inseridas na Residência, ressaltamos que o Serviço Social representa a terceira maior categoria em número de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL; MS; SGTES, 2006, p. 15).

Sob essa perspectiva, este relato pretende elucidar a contribuição do Serviço Social no campo da saúde mental, principalmente a importância dessa experiência enquanto residente no CAPS II do município de Palmas –TO.

Residência Multiprofissional e Saúde Mental

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram introduzidas e regulamentadas pela promulgação da lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005[1]. É uma modalidade de pós-graduação classificada como *lato sensu*, conforme a Portaria

[1] Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação (D.O.U: 16.04.2012).

Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009[2], voltada para a educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental institui-se no município de Palmas/TO por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde/ Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) e o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

A interação entre a diversidade de formação profissional proporciona ao indivíduo a aprender a trabalhar em equipe, como afirma Zannon (1994), onde ações conjuntas desenvolvidas por diferentes profissionais tendem a ter uma maior efetividade, alcançando um resultado produtivo. Isto implica a tomada de decisão acerca das condutas profissionais, levando em conta aspectos como dimensões da vida humana, de seu estudo e de sua intervenção profissional.

Os residentes em saúde mental perpassam por serviços de toda rede, sendo eles: Ambulatório (Policlínica), Saúde do Trabalhador, Consultório na rua, Núcleo de Apoio à Família (NASF), Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres (HGP), CAPS II e CAPS AD III, nesse sentido, é possível conhecer mesmo em um período curto de tempo (02 anos), o funcionamento do serviço em saúde mental no município. A importância em trabalhar de forma articulada com os serviços de saúde é fundamental para o funcionamento da saúde mental. As redes de atenção à saúde devem se interconectar, organizando-os para que diferentes densidades tecnológicas de atenção estejam articuladas e disponíveis ao usuário. As redes devem ainda potencializar a atenção integral à saúde (SILVA e MAGALHÃES, 2011).

No campo da saúde mental é primordial trabalhar em equipe, uma vez que lidamos com a complexidade do ser humano, principalmente quando se trata em Transtorno Mental, sendo fundamental o olhar de cada profissional (dotado com suas atribuições específicas), bem como, o olhar coletivo (todas as profissões) para que se possa proporcionar uma qualidade de vida ao indivíduo.

Compreendendo a Saúde Mental

Durante o século XIX os hospícios aumentaram e começaram a abrigar em um espaço pessoas marginalizadas (criminosos, mendigos, pessoas portadoras de deficiência) com doentes mentais, o tratamento que ambos recebiam dos profissionais lotados nestas

[2] Curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva (D.O.U: 16.04.2012).

Instituições era de forma desumana, imoral. A função mais remota era de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos (RAMMINGER, 2002). Os tratamentos realizados aos pacientes geralmente eram: *Terapia eletroconvulsiva* (tratamento de choque), *leucotomia* (lobotomia), *choque térmico, infecção pelo protozoário da malária culminando com perfurações no crânio, trepanação* (um buraco feito no crânio do paciente, no intuito de retirar os demônios da pessoa), dentre outros.

A prática realizada pelas famílias era de retirar o doente mental do seio familiar, pois, uma vez visto como doente mental, era aconselhado segregar a pessoa para que do ponto de vista moral, a família não fosse discriminada socialmente, bem como, zelar pela integridade da própria família e para que o mesmo não apresentasse perigo para si ou para outros.

Conforme Focault (1989), a história da loucura tem seu início na cultura árabe, tendo como indício o primeiro hospício no século VII. Já no século XVII, segundo Lopes (2001), o pai da psiquiatria[3], demonstrou interesse em libertar os doentes mentais desse tratamento. Os manicômios passaram a existir no século XIX com a finalidade de oferecer um atendimento médico de modo sistemático e especializado, atendendo os doentes mentais.

No Brasil a situação dos doentes mentais também não era diferente dos demais países, ressalta-se que muitos internos nem eram considerados doentes mentais, temos como exemplo o maior hospício em nosso país, localizado em Barbacena (MG), conhecido como Colônia:

> Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, p. 13.14, 2013).

No ano de 1926 é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1934 foi promulgada a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais, determinando o hospital psiquiátrico como alternativa de tratamento. Nessa nova reformulação houve um aumento de 213% da população internada em hospital psiquiátrico do Brasil (RAMMINGER, 2002).

Com o surgimento da Reforma Psiquiátrica[4], um novo modelo de atenção psicossocial é instituído, o qual preconiza uma atenção em saúde de modo integrado e articulado, visa ainda

---

[3] Phillippe Pinel era médico, pioneiro no tratamento dos doentes mentais. (COBRA, 2003).
[4] Estatuto Social para o portador de transtorno mental, garante a cidadania, respeito a sua individualidade e aos seus direitos enquanto cidadão.

o direito à cidadania, com intuito de superar o antigo modelo hospitalocêntrico, onde diversas atrocidades contra o indivíduo eram acometidas, priorizando a efetivação da cidadania do portador ao transtorno mental.

Desde 1989 foi elaborada uma lei que instituiu um modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil, mas somente 12 anos depois de tramitação no Congresso Nacional a Lei Paulo Delgado[5] (*Lei da Reforma Psiquiátrica)*, ela foi sancionada. Com esse avanço, foi instituído por meio da Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde define e estabelece diretrizes dos mesmos, nesta Portaria os serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de: *CAPS I* (Adultos com transtorno mental severo e persistente e transtorno decorrentes do uso de álcool e outras drogas), *CAPS II* (Adultos com transtornos mentais severos e persistentes), *CAPS III* (Adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Essa categoria oferta acolhimento noturno), *CAPSi* (Crianças e adolescentes com transtornos mentais) e *CAPSad* (Pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas).

No município de Palmas há dois CAPS: um na modalidade *CAPSad III* (denominado Renascer) e outro na modalidade *CAPS II* (denominado Casa Feliz). Os atendimentos são realizados por uma equipe multiprofissional composta por: *psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem, técnico administrativo, farmacêutico, artesão, auxiliar de serviços gerais*. A instituição conta ainda com a inserção de *residentes* (Assistente Social, Psicólogo, Enfermeiro) por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

No CAPS II são desenvolvidas ações no intuito de proporcionar a reinserção do usuário na família e na comunidade, nessa visão, são ofertados no serviço: oficinas (teatro/dança, culinária, artesanato, dentre outros), grupos terapêuticos, atividade física/jogos, assembleia de usuários, reuniões mensais com os familiares, atividades voltadas ao lazer e cultura. Outras ações são desenvolvidas pela equipe tais como: visita domiciliar, atendimento individual ao usuário e família/responsável, visita institucional (assistência social, saúde, educação, desenvolvimento econômico e emprego, habitação, dentre outros). Conta-se ainda com equipe

[5] Lei 10.216, de 06/04/01 que regulamenta os direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país.

de apoio matricial[6] em saúde mental que presta suporte referente a esses usuários às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município.

O Ministério da Saúde, pela Portaria N.º 189/91[7], definiu as Oficinas Terapêuticas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. A Portaria 224/92 do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Oficinas Terapêuticas, tipificando-os como unidades fundamentais da rede. Nessa visão, o termo oficina vem sendo empregado para designar atividades que permitem ao portador de sofrimento psíquico promover o exercício da cidadania e a expressão de liberdade, ou um espaço de atividades manuais que possibilita a interação e a convivência entre as pessoas, para o estímulo ao paciente-cidadão. A indicação para determinada oficina é realizada pelo interesse pessoal e grau de habilidades.

Atualmente há em torno de trezentos (300) usuários que são acompanhados no CAPS II, alguns desses usuários recebem o benefício social advindo do Programa "De Volta para Casa"[8], outros são aposentados e/ou pensionistas, dentre outros benefícios. Embora o quantitativo de profissionais na Instituição seja insuficiente para atender tal demanda, a equipe busca acompanhar de forma efetiva o usuário e sua família por meio de articulação com toda rede de saúde, e com as demais redes de assistência proporcionando assim, uma assistência integrada ao usuário.

Com objetivo de proporcionar autonomia ao beneficiário é concedido para os que não têm condições financeiras de frequentar as atividades propostas em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), o benefício do "Passe Livre" (passagem de ônibus coletivo) regulamentada por meio da Lei 1886 de 24 de maio de 2012, para pessoas portadoras de transtorno mental, de baixa renda, em tratamento nos CAPS. Este benefício proporciona ao usuário do serviço um quantitativo de créditos de passagens de ônibus urbano garantindo o direito de ir e vir participar nos dias de suas atividades previstas no PTS. O PTS é construído juntamente com o paciente e o Técnico de Referência (TR). O usuário após ser admitido no CAPS é apresentado ao TR, profissional que será referência para acompanhá-lo mais próximo e sua família, fazer visitas, articular com as redes intersetoriais, dentre outras ações, no intuito de facilitar o

---

[6] Articulação entre equipes que viabiliza o suporte técnico para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Proporciona a resolução dos problemas mais comuns, é um cuidado colaborativo entre saúde mental e atenção primária (Campos, 1999).

[7] Visando melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais, institui-se a Portaria/ SNAS nº 189 de 19 de novembro de 1991 (AKEL, 2016).

[8] Benefício que proporciona reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, criada por meio de lei federal 10.708.

atendimento ao usuário. O PTS é um instrumento que deve ser revisto periodicamente, um conjunto de propostas terapêuticas, proporciona um planejamento das ações em saúde.

Conforme elucida Amarante (2008), é necessário que o CAPS oferte: estruturas flexíveis, evitando tornarem-se espaços burocratizados e repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas; um espaço de acolhimento. É fundamental realizar o trabalho terapêutico, envolvendo ações no território/comunidade; articulação com serviços na área de saúde mental e da saúde geral; organização da rede de atenção ao sujeito que passou por um longo período internado em hospital psiquiátrico ou em situação de vulnerabilidade, que precisa desenvolver autonomia, aqueles que precisam de acompanhamento para realizar as atividades de seu universo cotidiano e sua reinserção social; participação nas políticas voltadas a saúde mental, para que haja envolvimento dos atores sociais.

Inserção e atuação do Assistente Social na Saúde Mental

O trabalho na área da saúde se torna complexo no mercado de trabalho, sendo caracterizado por uma diversidade ponderável de ocupações, que compreendem tanto aquelas associadas a profissões específicas à política, como as que pertencem ao mercado geral de trabalho, assim, diversas visões de divergem e se complementam para uma determinada finalidade. O Serviço Social surge na saúde avançando mesmo que de forma incipiente e chega a década de 90 com o a categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária. O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas: a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor (VASCONCELOS, 2003).

O Serviço Social se apresenta como profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, regulamentada pela Lei 8.662/1993, que através dos planos, programas, projetos vislumbra desmistificar tal prática. Com a concepção de uma profissão crítica, contribui-se com as demais profissões esclarecendo aos diversos setores pertencentes à Política de Saúde, proporcionando clareza quanto às suas competências e atribuições profissionais.

Conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, nota-se a relação existente com os princípios que norteiam prática profissional dos assistentes sociais, configurando-se então a saúde mental não apenas como um campo de trabalho, mas como parte da luta também da categoria.

A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, alude ao funcionamento da rede de atenção da saúde mental e contém as diretrizes:

> I — Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
> II — Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
> III — Combate a estigmas e preconceitos;
> IV — Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
> V — Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
> VI — Diversificação das estratégias de cuidado;
> VII — Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
> VIII — Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
> IX — Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
> X — Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
> XI — Promoção de estratégias de educação permanente; e
> XII — Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (SAUDE, 2011).

A partir da década de 40 o Assistente Social passou a integrar a equipe de profissionais que atuavam na área da saúde mental, na década de 50 a atuação foi inserida em hospital psiquiátrico, no entanto em uma condição de extrema inferioridade do ponto de vista da medicina, a atuação do assistente social limitava-se somente aos serviços rotineiros e burocráticos. Na década de 70 começaram a surgir intervenções que propuseram avanço na área da saúde mental, bem como para o próprio Serviço Social, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, atendendo cada indivíduo em suas necessidades e a busca pela construção de um Projeto Profissional pautado na teoria social.

Na área da saúde deve-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença e cabe ao Serviço Social a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde. No procedimento profissional é fundamental seja através das informações sobre os direitos, seja através das informações que serão coletadas, fornecer para a equipe de saúde a doença subjetiva, cultural e social e que irão contribuir para que o usuário seja tratado em sua totalidade, o que se torna importante uma equipe multidisciplinar dentro de um serviço de saúde.

Cabe ao Assistente Social superar algumas dificuldades que são encontradas na área da saúde mental:

> É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos (BISNETO, p. 145, 2007).

Salienta-se que o trabalho do Assistente Social não se resume a visitas domiciliares, entrevistas e encaminhamentos, apresentando a visão errônea da profissão. Há a redução da importância e necessidade da profissão perante a sociedade, pois tais atribuições expostas são apenas instrumentais que se não estiverem acompanhados de uma intervenção não farão sentido algum.

A atenção psicossocial ofertada pelos CAPS presta um acolhimento a pessoa que se encontra em sofrimento psíquico e transtorno mental, desenvolvendo ações que visam à substituição do modelo manicomial (OLIVEIRA, 2009). O Assistente Social está inserido na Instituição com a finalidade de contribuir para a inserção do usuário à sociedade, bem como desenvolver suas atribuições privativas para a qualidade de vida do usuário, bem como proporcionar a esse usuário o acesso a cidadania, contribuir para o acesso dos direitos sociais, políticos e civis.

De modo geral as assistentes sociais inseridas na Instituição deste município cumprem seu horário com a jornada de trabalho de 30 horas semanais, embasadas na Lei nº 12.317[9], dentre suas atribuições, estão: elaboração de relatórios sociais, encaminhamentos para instituições, articulação entre os demais setores das políticas públicas, pareceres, execução de grupos terapêuticos, estando a par da socialização de qualquer benefício, participação nas reuniões de equipe, dentre outros.

O Serviço Social atua em uma diversidade política, econômica, social e cultural da sociedade. Não é imutável, pois intervém no contexto real, nos processos de reprodução das relações sociais.

> "Assim, o Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade […] a conjuntura não é pano de fundo que emolduram o exercício profissional; ao contrário são partes constitutivas da configuração do trabalho do Serviço Social devendo ser apreendidas como tais" (IAMAMOTO, 2001, p.55).

[9] Lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à lei 8.662 de 7 de junho de 1993 a qual dispõe sobre a duração do trabalho do Assistente Social.

Durante as reuniões de equipe da Instituição as assistentes sociais contribuem com colocações pertinentes a respeito dos usuários, possuem uma visão de totalidade, são propositivas, possuem voz na reunião. As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, os atendimentos e orientações sociais são realizados resguardando o sigilo profissional. As profissionais possuem autonomia em tomar decisões referentes aos atendimentos realizados, agendamentos, visitas e preparo de grupos/oficinas.

A relevância do Serviço Social na área da saúde mental aumentou, visto que a inclusão dos usuários e familiares nas políticas cresceu, a inserção nas ações de cidadania, direitos do sujeito, bem como o protagonismo do usuário e sua autonomia, são trabalhadas pelo assistente social.

Vivência no cenário de prática CAPS II

Durante o cenário de prática no CAPS II foi possível perceber que as assistentes sociais sempre agiram pautadas na garantia dos direitos dos usuários da rede do SUS, bem como o desempenho de sua atuação conforme o projeto ético político da profissão e no código de ética. Como ratifica Iamamoto (2005), o projeto ético político é para ser vivenciado e não somente ser guardado em uma gaveta, é fundamental a participação do sujeito, internalizando o seu conteúdo, expressam-no por ações que vão tecendo o novo projeto profissional no espaço ocupacional cotidiano.

A minha inserção enquanto assistente social residente em saúde mental, foi primordial para o aprimoramento em minha práxis profissional pois o instrumento (código de ética) é a base para a prática e a intervenção, as informações passadas por este profissional precisa ser coerente e clara.

Entre minhas atribuições estava em ser Técnico de Referência (TR), ou seja, profissional responsável em lidar com as demandas dos usuários de uma determinada área, assim, há otimização do serviço facilitando ao técnico em saúde mental e ao usuário um atendimento mais eficaz. Acompanhava trinta e dois (32) usuários, moradores da região norte do município.

Como TR, desenvolvia atividades, tais como: *marcação de consulta médica quando havia necessidade*; *discussão de casos de usuários em reuniões técnicas*; *realização de visitas domiciliares*, principalmente visitas aos usuários que não frequentavam o CAPS, na maioria das vezes a visita ocorria com outro profissional de saúde (técnica em enfermagem), no intuito de aferir a pressão, aplicar a medicação, proporcionar ao usuário um atendimento domiciliar, já que este por algum motivo não podia comparecer ao CAPS; *acolhimento* (ação

realizada por meio de escala profissional, duas vezes na semana era acolhedora do período, recebia a demanda das pessoas que procuravam o serviço, no intuito de fazer a escuta e relatar), *elaboração de parecer social e relatório situacional*; *atendimento individual e familiar*; *viabilização e orientação acerca de benefícios sociais; inserção de usuários em grupos terapêuticos e atividades externas* (na comunidade).

Foi notório a minha autonomia enquanto profissional na Instituição, uma vez que sempre tive livre-arbítrio em atuar com os usuários e os demais profissionais, bem como na tomada de frente com as Instituições, realizar matriciamento ou reuniões as quais eu era solicitada ou quando eu solicitava, dentre outras ações.

Assim, como primeiro princípio norteador e fundamental na prática profissional a liberdade da atuação dignifica o ser humano, nessa visão como preconiza no código de ética:

> "Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais." (CRESS 7ª REGIÃO, p.24, 2011).

Durante as minhas práticas profissionais desenvolvidas no campo tive o apoio da preceptoria, principalmente nos casos de intervenção. Enquanto assistente social, nos casos que envolvia questões sociais detectadas em visitas domiciliares por outros técnicos de referências, estes, sempre me procuravam para que na próxima visita fizesse em conjunto, para que pudesse dar uma orientação e se possível marcar um atendimento para a demanda apresentada.

Outra atividade realizada, era a coordenação em grupo terapêutico, grupo de homens, este grupo surgiu com a inserção da residência, onde por meio da observação constatou-se que maioria das atividades realizadas na Instituição ocorria de forma heterogênea ou só com mulheres e os homens de certa forma ficavam na ociosidade. Diante da situação foi proposto criar um espaço aberto para discussão de assuntos do gênero masculino, bem como propiciar o fortalecimento de vínculos para compartilhar saberes. A finalidade do grupo é promover uma nova assistência em saúde mental, visa à troca de experiências e à formação de vínculos, indispensáveis para a ressocialização e a reabilitação social.

Uma ação que também estava presente era a oficina de artesanato (exclusivo para datas comemorativas: natal, dia das mães, festa junina), e nesse espaço sempre trabalhou-se assuntos de direitos sociais, benefícios, relação familiar e usuário. Já assembleia dos usuários era sempre facilitada sempre por mim, e por outra assistente social (servidora), é o espaço que os usuários externavam o que estavam vivenciando na Instituição, o que gera um empoderamento enquanto cidadão.

A experiência exitosa em minha prática profissional foi poder acompanhar de forma efetiva, um caso de uma jovem de 20 anos, diagnosticada com esquizofrenia (F20) desde sua adolescência, a jovem a princípio não participava do CAPS, seu tio também estava admitido na instituição, no entanto não aderia o tratamento (se recusava a tomar a medicação e frequentar o CAPS), também diagnosticado com esquizofrenia.

Em maio de 2015, foi possível conhecer um pouco mais essa jovem, que dependia da mãe, pois não conseguia se expressar direito. No que tange ao social, buscou-se intervenções intersetoriais com a finalidade de proporcionar um bem estar social à família, com o decorrer do tempo a jovem aderiu o tratamento, inicialmente tentou-se fazer o PTS da jovem, junto com a mãe, no entanto com muita dificuldade consegui captar o que a mesma gostava de fazer, pois apresentava comportamento agitado (não parava no lugar) com ideias confusas e desorganizadas, dificuldade de concentração, alterações da motricidade, tornando difícil a compreensão da paciente, mas, mesmo assim, inserimos nas atividades de desenho/pintura e artesanato (quando conseguia desenvolver), pois demonstrava interesse em participar dessas ações. Tentou-se conversar com a mãe, no entanto a genitora estava cansada da situação da filha e solicitou ajuda.

A situação socioeconômica da família encontrava-se problemática: desemprego, condições precárias de moradia e saneamento, dependente de favores alheios, ou seja, em situação de vulnerabilidade e risco social. Depois de consulta médica psiquiátrica a usuária foi encaminhada a UBS de sua região para tomar mensalmente o anticoncepcional injetável, uma vez que a mesma não parava em casa e a mãe não sabia explicar por onde a filha andava e a mesma não conseguia segurá-la em casa, no entanto a usuária sempre se recusava em tomar o anticoncepcional, assim, com o passar de uns meses a usuária engravidou. Diante de tal situação sugeri para a equipe um estudo desse caso envolvendo todos os profissionais no intuito de potencializar uma ação para essa família, uma vez que a mãe também fora diagnosticada com retardo mental leve (F.70).

Trabalhar em equipe é fundamental, requer um esforço coletivo para dirimir ou solucionar algum problema ou lidar com uma determinada situação, esse trabalho em conjunto é um instrumento potente na Instituição,

> Assim, compreende - se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto - ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. Considera-se que o código de ética

> da profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria (Matos, 2003; Bravo & Matos, 2004 apud CFESS, 2009, p. 14).

A equipe prontificou-se em auxiliar nesse caso, assim, alguns dispositivos de saúde tais como: UBS, NASF, Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva (CSSR) e Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos começaram a acompanhar o caso em conjunto com o CAPS. A consulta psiquiátrica passou a ser de forma mais efetiva (mensalmente), devido a gestação da usuária.

As reuniões intersetoriais passaram a ser constantes e as discussões sobre laqueadura e adoção eram colocadas em pauta, uma vez que referente a adoção, a família não apresentava condições de sustentar uma criança, e manifestaram interesse em colocar a criança a disposição da adoção, bem como a aceitação da laqueadura. Conversou-se muito com a mãe da usuária e com a própria usuária sobre essas decisões. Com essa situação buscou-se informações por meio de visita institucional à vara da família e maternidade para saber o procedimento da adoção, e no que tange a laqueadura buscou-se a intervenção dos médicos: psiquiátrica e obstetra. Atualmente a usuária continua sendo acompanhada pela equipe do CAPS, bem como a sua mãe.

Foi primordial a intervenção desses atores na tomada de decisão envolvendo os serviços da rede de saúde, assistência social e judiciária, inclusive a família da usuária na tomada de decisão, pois mesmo tendo transtorno mental, a usuária sempre entendia o que se conversava e sobre o que conversava.

Diante do exposto, em conformidade com o código de ética profissional - o Título III, das relações Profissionais do Capítulo I, que aborda as relações com os usuários, o Assistente Social da Instituição busca contribuir no tratamento do indivíduo, revelar ao usuário que ele tem autonomia:

> Art.5º- São deveres do assistente social nas suas relações com os usuários: contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; fornecer a população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo serviço social e as suas conclusões, resguardado ao sigilo profissional; esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (CFESS, 2011).

Durante a vivência na Instituição foi possível elucidar aos usuários do serviço que o profissional pode orientá-los não somente a respeito de seus direitos, mas, principalmente foi possível trabalhar a autonomia do indivíduo, informando a estes que havia oportunidade de

trabalho, cursos profissionalizantes, cursos de graduação, dentre outras atividades que iriam proporcionar uma qualidade de vida, não ficando vinculado a um benefício social.

Considerações Finais

A Residência Multiprofissional proporciona a troca de saberes entre profissionais e amplia o conhecimento em relação a vivência na comunidade, na comunicação com os usuários do serviço. Permite o contato interdisciplinar entre a equipe, proporcionando uma atuação crítica e reflexiva para intervir no cenário da saúde. Durante a residência houve viabilidade para o aprimoramento das atribuições profissionais, bem como conhecer as políticas de saúde, em específico, a saúde mental, possibilitando que a realidade profissional do residente seja enfrentada com maior segurança e autonomia.

Reconhece-se a relevância do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental como uma enorme tática de formação de profissionais para o SUS, haja vista as suas potencialidades pedagógicas.

A experiência da residência multiprofissional, foi um marco em minha trajetória profissional, pois aprender e intervir em conjunto com outros profissionais, foi uma ação inigualável, foi possível vivenciar habilidades, competências e atitudes no âmbito pessoal e interpessoal, o trabalho em equipe se torna essencial no campo da saúde.

O período de experiência no CAPS II proporcionou o conhecimento sobre o funcionamento dos serviços substitutivos, bem como a importância da lotação do profissional em Serviço Social nesta Instituição, além disso oportunizou-me em contribuir com a equipe, a partir do momento em que pude intervir profissionalmente e estabelecer vínculo positivo com o usuário e familiar, formulando estratégias visando a melhoria de qualidade de vida entre os sujeitos envolvidos.

O Assistente Social vem confirmando-se como um notório profissional na saúde mental, o que torna experiências como essa de extrema importância para a transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado a saúde. Nesse campo da saúde mental é notório perceber que este profissional promove a reinserção social e visa garantir os direitos de cidadania do sujeito.

INTERVENTION OF THE SOCIAL WORKER IN MENTAL HEALTH: AN ACCOUNT OF EXPERIENCE

Abstract
The work is a product of the experience of the social worker residing in mental health inserted in the Center for Psychosocial Care (CAPS) II. The CAPS, is a service of care for people with mental disorders, through the creation of spaces for building social relationships. The experience had as a starting point the observation during the period of experience in the Unit about the performance of the professional in Social Work, as well as the reflection of its performance in the provision of services to the user with mental disorder. Through professional intervention in accompanying the daily life of this service and through the theoretical and methodological support provided by the residence, it was possible to construct a critical view about the professional work of the social worker within the context of Mental Health and SUS. This report has the purpose of explaining the contribution of the Social Worker in the institution and the importance of the protagonism of the resident in the service aiming at the quality of life of the user.

Keywords: Caps, Social Worker, Mental Health.

Referências

AMARANTE. Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ARBEX. Daniela. Holocausto Brasileiro. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AKEL, Ricardo. Portaria/SNAS nº 189 - De 19 de novembro de 1991. Disponível em: http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf. Acesso em: 22 de fev. 2016.
_____. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: http://ww.saude.sc.gov.br/geral/planos/programaseprojetos/saudemental. Acesso em: 15 dez. 2016.

BISNETO, José. Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%203362002.pdf. Acesso em: 28 dez.2015.

BRASIL. MS; SGTES. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I.S; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e o Projeto Ético- Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria, GAMA, Andréa de Souza, MONNERAT, Gisele Lavinas (Orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004

CAMPOS, Gastão. Equipes de referência e apoio especializado matricial: Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, 1999.

COBRA, Rubem. Pioneiro da Psiquiatria. Disponível em: http://www.cobra.pages.nom.br/ecp-pinel.html. Acesso em: 21 fev. 2016

CRESS. Código de Ética do Assistente Social. 9.ed. Rio de Janeiro: Lidador, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em: 15 nov. 2015.

CFESS; CFP. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. Brasília: CFESS / CFP, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha. Acesso em: 15 jan. 2017.
_____. Código de ética do/a Assistente Social. Lei 8862/93 de regulamentação da profissão. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Acesso em: 13 ago. 2016.

EDUCAÇÃO, Ministério. Residência Multiprofissional. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional> Acesso em: 15 nov. 2015.
_____. Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download. Acesso em: 27 jan. 2017.

FOCAULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1989.

IAMAMOTO, Marilda. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional, 5ªed. São Paulo: Cortez, 2001.
_____. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional, 11ªed. São Paulo: Cortez, 2005.

LOPES, Maria. Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/psiqpes.htm. Texto incluído em 25/08/2001. Acesso em: 05 jan. 2016.

MATOS, Maurílio. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 74, 2003.

OLIVEIRA, Walter. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, out./dez. 2009. Disponível em: <http://periodicos.incubadora. ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126> Acesso em: 16 jan. 2016.
PALMAS, Prefeitura. Lei n. 1.886, de 24 de maio de 2012. Disponível em: http://legislativo.palmas.to.gov.br/media/leis/LEI%20ORDIN%C3%81RIA%20N%C2%BA%201886%20de%2024-05-2012%2013-11-50.pdf. Acesso em: 25 març. 2016.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

REPUBLICA, Presidência. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 25 nov. 2015.
_____. Lei n. 10.708, de 31 dejulho de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 25 març. 2016.
_____. Lei n. 12.317, de 26 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/L12317.pdf. Acesso em: 15 fev. 2016.
_____. Lei n. 8.662 de 07 de junho de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm. Acesso em: 25 mai. 2016.

SAÚDE. Conselho. Resolução CNS n. 287/1998. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm. Acesso em: 25 jul. 2016
SAÚDE. Ministério. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011(*). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 13 nov. 2016.
SILVA, S.F; MAGALHÃES, J.H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In SILVA, S.F. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2011.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M..C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev. esc. enferm. USP [online]. vol.40, n.1, p. 123-127, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

VASCONCELOS, Ana. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2.ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ZANNON, Célia. Desafios à psicologia na instituição de saúde. In: Psicologia e Profissão. Brasília, 1994.

Data de recebimento: 19/10/2017

Data de aceite: 09/05/2018

Sobre os autores:

Thayse Fernanda Silva Gomes é Graduada em Serviço Social. Especialista em Gestão em Serviço Social e Políticas Públicas. Especialista em Direito Público. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores no SUS. Assistente Social residente do Programa em Saúde Mental. Endereço Eletrônico: yse.nanda@gmail.com.

Maria Helena Cariaga Silva é Graduada em Serviço Social. Mestre em Serviço Social pela PUCSP-São Paulo. Doutora em Serviço Social pela PUCSP-São Paulo. Professor Adjunto do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Endereço Eletrônico: mhcariaga@gmail.com.

DOI: http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2016

Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas-Tocantins, de 2010 a 2014

Epidemiological profile of suicide attempts in Palmas-Tocantins, 2010-2014

Perfil epidemiológico de intentos de suicidioen Palmas, Tocantins, 2010-2014

Daniela Aparecida Araujo Fernandes [1]
Neci Sena Ferreira [2]
José Gerley Diaz Castro [3]

RESUMO: Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio notificadas, em residentes de Palmas, no período 2010/2014. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo/quantitativo, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Foram 656 notificações, 67,1% feminino e 32,9% masculino. As faixas etárias 21-30 anos (38,3%), 10-20 (30,2%) e 31-40 (17,5%) apresentaram as maiores frequências. Quanto à raça/cor 68,60% declararam-se parda, 20,43% branca, 4,42% preta, 4,42% amarela. Escolaridade se concentra no Ensino Médiocompleto, 23,47 % e incompleto, 19,5%. Situação conjugal 53,81% de solteiros, 28,3% casados/união estável e 5% de separados. Ocupação profissional, os estudantes (19,66%) e donas de casa (16,46%) apresentaram frequênciasmais elevadas. Identificou-se diferentes tipos de deficiência/transtorno mental em 23,47% e outras deficiências em 5,17%. Envenenamento/intoxicação foi o meio de autoagressão mais utilizado (56,33%). **Conclusão:**Os registros de tentativas de suicido em Palmas estão acima da média nacional o que sugere a necessidade de estratégias de promoção/prevenção e intervenção para redução da morbimortalidade.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio, Violência, Perfil de saúde,Sistemas de Informação em Saúde,Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT: Objective: To describe the epidemiological profile of suicide attempts reported in Palmas residents in the period 2010-2014. **Methods:** A descriptive/quantitative study was performed using -Notification of Injury Information System (SINAN).**Results:** There were 656 notifications, 67.1% female and 32.9% male. The age groups 21-30 years (38.3%), 10-20 (30.2%)

1 Psicóloga - CRP 890, Mestre em Psicologia, Especialista em Saúde Coletiva- Moralidade de Residência Residente Multiprofissional em Saúde- Saúde Mental. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) e Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

2 Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e Universidade Federal do Tocantins

3 Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e Universidade Federal do Tocantins

and 31-40 (17.5%) had the highest frequencies. Regarding race / color, 68.60% of them are brown, 20.43% White, 4.42% Black, 4.42% yellow. Education focuses on full High School, 23.47% and incomplete, 19.5%. Marital status 53.81% single, 28.3% married / stable and 5% separated. Occupation, students (19.66%) and housewives (16.46%) had higher frequencies. It identified different types of disabilities / mental disorder in 23.47% and other shortcomings by 5.17%. Poisoning / intoxication was the most popular means of self-harm (56.33%). **Conclusion:** The records of suicide attempts in Palmas are above the national average which suggests to promote strategies / prevention and intervention to reduce morbidity and mortality.
Keywords: Attempted Suicide, Violence,Health Profile,Health Information Systems,Public Health Policy.

RESUMEN: Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los intentos de suicidio en Palmas en el período 2010-2014. **Métodos:** Estudio descriptivo/cuantitativo utilizando los datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria(SINAN).**Resultados:** Hubo 656 notificaciones, el 67,1% mujeres y 32,9% hombres. Los grupos de edad 21-30 años (38,3%), 10-20 (30,2%) y 31-40 (17,5%) tuvieron las frecuenciasmás altas. Considerando la raza/color 68.60% son de color marrón, 20.43% blancos, 4.42% Negro, 4,42% amarillo. Focos de escolarización en escuela secundariacompleto tienen 23,47% e incompleto 19,5%. Estado civil 53,81% sola, el 28,3% casado/estable y 5% separados. Ocupación, los estudiantes (19,66%) y las amas de casa (16,46%) teníanfrecuencias más altas. Se identificaron diferentes tipos de discapacidad/trastorno mental en 23.47% y otras deficiencias de 5,17%. Envenenamiento/intoxicación fué el medio más común de autolesiones (56,33%). **Conclusión:**Los intentos de suicidioen Palmas sonmayores que lamedia nacional, por ellolanecesidad de estrategias para lapromoción/prevenciónyintervención para reducirlamorbilidad y lamortalidad.
Palabras-clave: Intento de suicidio, Violencia,Perfil de Salud,Sistemas de Información en Salud,Políticas Públicas de Salud.

1-INTRODUÇÃO

Os acidentes e violências são denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como *causas externas*. São agravos à saúde que podem ou não levar ao óbito, ou causar lesões e/ou traumas, físicos e/ou psicológicos. As causas externas ocupam a terceira maior causa de mortalidade na população geral e a primeira na faixa de 1 a 39 anos, em 2009[1]. No município de Palmas as causas externas foram à primeira causa de óbito na população residente em 2013, conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), entre as causas externas estão os suicídios/lesões autoprovocadas intencionalmente, codificado através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde- CID 10 (X60 a X84).

O termo violência autoinfligida é sinônimo de violência autoprovocada, é subdividida em comportamento suicida e auto abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamados de “parassuicídio” ou “autolesão deliberada” em alguns países – e

suicídios completados. O auto abuso, inclui atos como a automutilação[2]. As tentativas de suicídio devem ser vistas como uma situação muito séria e ser interpretada como um pedido de socorro, assim "é um sinal de alarme"[3].

O "Relatório mundial sobre violência e saúde", publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2002 ao tratar da violência autoinfligida, considera uma das causasexternas de lesões às pessoas e, quase sempre, é produto dos mesmos fatores sociais, psicológicos e circunstanciais encontrados em outros tipos de violência[2].

Para melhor compreensão do fenômeno, autores apontam os fatores de risco e de proteção à ocorrência do suicídio[4]. A partir do conhecimento dos fatores de risco é possível buscar a prevenção do comportamento, agindo no que é possível transformar e evitar e amenizando o que não há possibilidade de intervenção.Para prevenir devemos reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco a nível individual e coletivo. Contudo, a depender da situação, cultura, sentido, valor e vivência que tal fator efetua na subjetividade podem atuar como de risco ou proteção[4].

A OMS apresentou algumas recomendações: a conscientização da população acerca do suicídio e seus fatores; intensificar os programas e serviços de conscientização e assistência; investir na ciência sobre o tema, a fim de compartilhar recursos de prevenção e ações[5]. Dessa, forma valoriza-se a intervenção preventiva, levando em consideração a complexidade do fenômeno, que deflagra um sofrimento humano.

Deve-se direcionar a temática do comportamento suicida em favor da saúde mental através de atitudes acolhedoras e oferecer um canal de comunicação entre o indivíduo em todo seu contexto social, familiar e profissional, a fim de fomentar sentimentos de esperança e oferecer orientação[4]. Os aspectos preventivos consistem no enfrentamento das dificuldades ou patologias que levam os indivíduos a buscar uma solução para seu sofrimento que é complexo e multifacetado.

Trabalhar com as tentativas de suicídio, se justifica porque o suicídio vem aumentando significativamente, situando-se como a décima terceira maior causa de óbitos no mundo e na faixa etária de 15 a 44, sendo a quarta maior causa de óbitos[2].O fenômeno apresenta-se com grande relevância para a saúde pública, pela sua magnitude, gravidade no número de óbitos, internações e sequelas, anos potenciais de vida perdidos, e os danos emocionais irreparáveis causados nas vítimas e nas famílias, provocando prejuízos psíquicos, sociais e econômicos[2]. Impõe esforços humanos e econômicos em assistência à saúde, pela produtividade perdida ou reduzida, absenteísmo, custos legais, dentre outros[2].

Diante o exposto, percebe-se a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar o acesso dos pacientes como prevê a Portaria n° 1.876 de 14 de agosto de 2006 - *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*. Considerando os pactos

pela saúde, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS de 2006. Em 2001, foi implantada a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foram priorizadas na *Política Nacional de Promoção da Saúde*.

Para consolidar a implementação dessas políticas, especialmente no tocante à vigilância epidemiológica de violências e acidentes, o MS institui em 2006 o Sistema de*Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA)* para o preenchimento da *Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, Sexual e/ou Outras Violências*. Essa ficha é composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam as violências perpetradas contra si, contra outra pessoa ou contra grupos populacionais.Para tal, a descrição da magnitude, do impacto do problema e qualidade da informação são aportes necessários para fins de pesquisa e para identificar estratégias de prevenção e intervenção, diante a relevância social e científica.

Dessa forma, essa pesquisa tem como objetivodescrever o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio notificadas, em residentes de Palmas, no período de 2010 a 2014.

2- MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo/quantitativo com fonte secundária para investigar fatores associados à ocorrência da tentativa de suicídio em indivíduos residentes de Palmas- Tocantins, no período de 2010 a 2014, a partir das informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na versão 4.2.

A análise descritiva dos dados foi realizada mediante frequências absolutas e relativas[6] dispostas em tabelas. A tendência de violência autoinfligida no período estabelecido foi analisada mediante o teste de qui quadrado (R^2) para tendência[7]. Para análise dos dados os programas *Tabwin*, SPSS 20.0, *Epi-info* e *Bioestatistic* foram utilizados. A significância estatística foi considerada quando o valor de *p* foi inferior a 0,05.

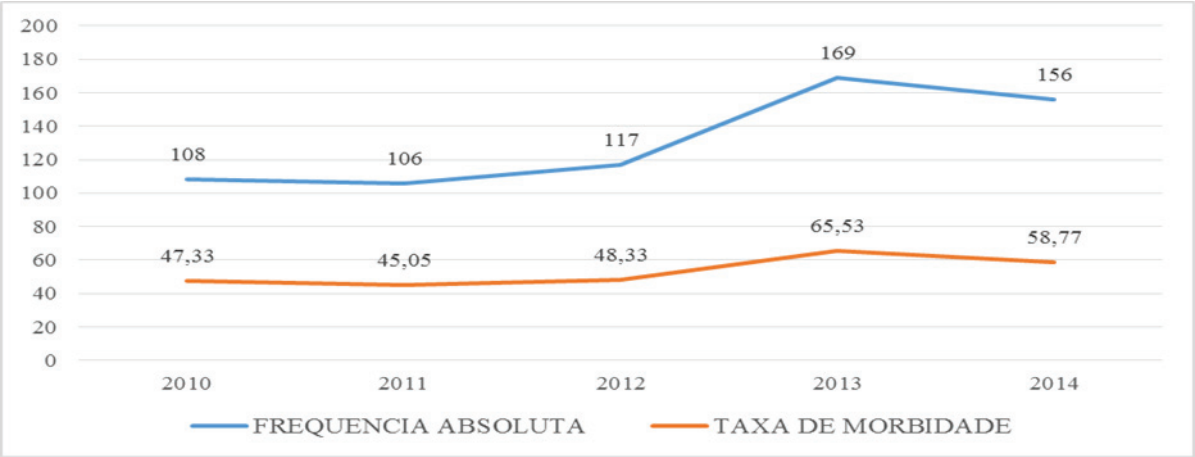
O projeto foi submetido e aprovado pela comissão de avaliação de projetos e pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e do comitê de ética do Centro Universitário Luterano de Palmas,número do parecer do comitê de ética em pesquisa 1.085.437 e realizada em consonância com as diretrizes que norteiam a resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Trabalho desenvolvido na Residência Multiprofissional em Saúde de Palmas, no programa de Saúde Coletiva.

Palmas é capital do estado do Tocantins, fundada em 20 de maio de 1989 e implantada em 1° de janeiro de 1990. Com a recente criação da cidade, vem apresentando um elevado crescimento populacional e que mais evolui conforme índices de saúde, educação, emprego e renda[8].A população estimada no ano de 2015 conforme projeção do IBGEé de 272.726.

3-RESULTADOS

Foram identificados 656 casos de tentativa de suicídio de residentes em Palmas, notificados no período de 2010 a 2014, no banco de dados do SINAN (Figura 1). No ano de 2010 houve 108 casos notificados. 2011 houve 106. 2012, foram 117. No ano de 2013, totalizaram 169 e no ano de 2014, 156 casos.Foifiltrado no SINAN o campo 50- (A lesão foi autoprovocada?) da Ficha de notificação de violência.O campo 50 refere-se às situações em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma, tentou suicídio ou suicidou-se[1].

Figura 1. Frequência absoluta e taxa de morbidade das tentativas de suicídios por residentes em Palmas-Tocantins no período de 2010- 2014.



A partir dos dados que obtiveram *1- Sim* como resposta, foi realizada busca das respectivas variáveis: idade; sexo; raça/cor; escolaridade; ocupação; situação conjugal; deficiência/transtorno; frequência; meio de agressão; suspeita de uso de álcool. Assim, foram elencadas e analisadas 10 variáveis do total das 71 existentes na ficha.

A completitude é o grau de preenchimento da variável analisada, mensurado pela proporção de notificações com variável preenchida com categoria distinta daquelas indicadoras de ausência do dado[9]. As variáveis com campo em branco ou preenchidas com "ignorado" foram consideradas como incompletas.

O perfil sociodemográfico é apresentada na Tabela 1, quanto ao sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, ocupação, orientação sexual e identidade de gênero.

Tabela 1 (contínua). Caracterização sociodemográfica das pessoas, notificadas por violência autoprovocada de 2010 a 2014, residentes em Palmas.

Variável		n	%
Sexo	Feminino	440	67,1
	Masculino	216	32,9
Faixa etária	10-20 anos	198	30,2
	21-30 anos	251	38,3
	31-40 anos	115	17,5
	41- 50 anos	69	10,5
	51-60 anos	10	1,5
	>61 anos	13	2,0
Raça/Cor	Branca	134	20,43
	Preta	29	4,42
	Amarela	29	4,42
	Parda	450	68,60
	Indígena	2	0,30
	Ignorado	8	1,22
	Campo em branco	4	0,61
Escolaridade	Analfabeto	6	0,91
	1º a 4º série incompleta do EF	21	3,2
	4º série completa do EF	5	0,8
	3º a 8º série incompleta do EF	88	13,41
	EF completo	39	5,94
	EM incompleto	128	19,5
	EM completo	154	23,47
	ES incompleta	38	5,8
	ES completa	22	3,35
	Ignorado	30	4,57
	Não se aplica	1	0,15
	Campo em branco	124	18,9
Situação Conjugal	Solteiro	353	53,81
	Casado/união consensual	186	28,3
	Viúvo	2	0,3
	Separado	33	5
	Não se aplica	6	1
	Ignorado Campo em branco	47 29	7,17 4,42
Ocupação	Trabalhadores Rurais	13	2

	Trabalhadores da Construção Civil	29	4,42
	Trabalhadores Administrativos	36	5,5
	Trabalhadores Domésticos	34	5,18
	Dona-de-casa	108	16,46
	Estudantes	129	19,66
	Vendedores	15	2,28
	Aposentados e Pensionistas	11	1,67
	Outros	62	9,45
	Em branco	219	33,38
Orientação sexual	Heterossexual	21	3,2
	Homossexual	0	0
	Bissexual	0	0
	Não se aplica	2	0,32
	Ignorado	16	2,43
	Em branco	617	94,05
Identidade de gênero	Travesti	0	0
	Mulher Transexual	0	0
	Homem Transexual	0	0
	Não se aplica	21	3,21
	Ignorado	18	2,74
	Em branco	617	94,05

Fonte: Dados retirados do SINAN

Na amostra estudada 67,1% pertenciam ao sexo feminino e 32,9% ao masculino.Por faixa etária, constatam-se maioresfrequênciasentre 21-30 anos, 38,3%, seguida de 10 a 20 anos, 30,2%, na faixa de 31-40, 17,5%, 41-50 com 10,5 % e já com porcentagens bem menores as faixas etárias de mais de 61 anos de idade, 2,0% e de 51 a 60 anos, 1,5%.

A raça/cor é uma variável autodeclarada, 68,60% se declararam de cor parda, 20,43% de cor branca, 4,42% preta, 4,42% amarela, incompletude de 1,83%.

A escolaridade se concentra no Ensino Médio completo, 23,47 %, Ensino Médio incompleto, 19,5% e de 3ª a 8ªsérie incompleta do Ensino Fundamental, 13,41%.

A situação conjugal é de 53,81% para solteiro, 28,3% entre casados ou em união estável, separados, 5%,viúvos 0,3% e incompletude de 11,59%.

A ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) foi agrupada nessa pesquisa. Ressaltamos a incompletude, totalizando 33,38%. A classificação foi realizada por área de Trabalhadores Rurais, da Construção Civil, Administrativos, Domésticos, Donas-de-casa, Estudantes, Vendedores, Aposentados e Pensionistas

e Outros. Em relação à ocupação com maior relação às tentativas de suicídio em Palmas foram os estudantes, 19,66%, seguida de donas-de-casa, 16,46%.Nesse padrão, outras ocupações que não se encaixavam nas áreas citadas, totalizaram 9,45%, que são elas mais representativas em ordem decrescente: agentes comunitários de saúde (n=7), técnico de enfermagem (n=6), cabelereiro (n=5) e garçom (n=4), entre outros. Em seguida os trabalhadores administrativos, 5,5%, sejam de serviços públicos ou privados, os trabalhadores da construção civil, principalmente pedreiro e servente de obras, 4,42%.

Na orientação sexual 3,2% foi preenchido com a informação (heterossexual) e nos 96,8% restantes esta informação foi omitida. Não foi notificado nenhum caso de violência autoprovocada em que a pessoa tenha orientação sexual homossexual ou bissexual.

A variável identidade de gênero apresentou incompletude de 96,80%. Em 3,21% não se aplica, preenchidoquando a identidade de gênero refere-se ao mesmo dosexo de nascimento.

A tabela 2 apresenta informação de deficiências/transtornos, como descrita abaixo:

Tabela 2. Frequência de Deficiência/Transtorno das pessoas, notificadas por violência autoprovocada de 2010 a 2014, residentes em Palmas.

Deficiência/Transtorno	n	%
Sim	154	23,47
Não	439	66,92
Ignorado	51	7,77
Em branco	12	1,82

Fonte: Dados retirados do SINAN

Em 23,47% foi informado algum tipo de deficiência ou transtorno. Entre esses o tipo de deficiência/transtorno mais frequente foi o Transtorno de Comportamento 55,84%, seguido de Transtorno Mental 33,11%, Deficiência Mental 20,12%, Outras deficiências/síndromes 6,49%, Deficiência Física 3,24%, Deficiência Visual 1,29% e Deficiência Auditiva 0,64%. Incompletude de 9,59%. Os tipos de deficiência/transtorno são preenchidos por múltipla escolha.

Identificada a suspeita de uso de álcool na ocorrência da violência autoprovocada em 15,40%, sem suspeita do uso de álcool 66%, incompletude de 18,60%.

Em relação ao meio de agressão, é descrito abaixo na Tabela 3:

Tabela 3. Frequência do meio de agressão realizado, notificadas por violência autoprovocada de 2010 a 2014, residentes em Palmas.

Meio de agressão	n	%	Ignorado
Força corporal/espancamento	9	1,37	0
Enforcamento	38	5,8	0
Objeto contundente	3	0,45	0
Objeto pérfuro-cortante	51	7,78	0
Substância/Objeto quente	4	0,61	0
Envenenamento/Intoxicação	369	56,33	1
Arma de fogo	2	0,3	0
Ameaça	4	0,61	1
Outro	218	33,33	3

Fonte: Dados retirados do SINAN

As maiores frequênciasforam por envenenamento/intoxicação, 56,33% e inclui exposição, ingestão, inalação de produtos químicos, plantas tóxicas e medicamentos. Outros meios somaram 33,33%, utilizado para registro dos não contemplado nas demais categorias, como exemplo precipitação de lugar elevado. Objeto pérfuro-cortante 7,78%, inclui arma branca, caco de vidro, chave de fenda, prego e outros. Enforcamento representou 5,80% e os demais meios de agressão com menos representatividade. Esta variável também possibilita múltipla escolha.

Em relação à frequência da tentativa de suicídio 30,20% informou que já havia realizado uma ou mais tentativas, 56,70% relataram ser a primeira tentativa e 13,12% de incompletude.

4-DISCUSSÃO

Foram analisados 656 casos notificados de tentativas de suicídio no município de Palmas, Tocantins, de 2010 a 2014, visando a conhecer o perfil epidemiológico deste fenômeno. As tentativas de suicídio registradas oficialmente são em menores números e menos confiáveis do que os de suicídio[10]. "Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes"[10].Para cada caso de suicídio existem pelomenos dez tentativas de gravidade suficiente para requerercuidados médicos e são até40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados[11].Havendo aindaalguns fatores que dificultam a identificação destes casos: a subnotificação e o tipo de trauma que não dão entrada nos serviços de saúde, por serem de baixo grau de letalidade[12]. Outro fator associado à subnotificação é a dificuldade de avaliar se a ocorrência foi acidental ou uma intenção suicida[13].

Em todas as sociedades existe esse fenômeno, ainda que difiram de um país a outro, de época para época e do meio ambiente urbano ou rural[14]. No Brasil de 2009 a 2014 foi notificado um total de 73.790 casos de violência autoprovocadae uma variação relativa de 59,2%[15], ou seja, houve um aumento significativo com o decorrer dos anos,denotificações no SINAN. Em Palmas, de 2010

a 2014 houve uma incidênciade tentativas de suicídio de 47,30; 45,05; 48,33; 65,53 e 58,77 por cem mil habitantes, respectivamente, o que corresponde a um crescimento de 15,50% e demostra elevados valores no município quando comparada aos números nacionais e de outros municípios brasileiros. As tentativas de suicídio no município ocorrem 12,15 vezes mais do que o suicídio.

As ocorrências das tentativas de suicídio são mais frequentes no sexo feminino, enquanto o sexo masculino é mais efetivo nos suicídios consumados, pela utilização de meios de agressão mais letais. No Brasil, a maior representatividade foi do sexo feminino com 1.595 casos (63,3%) em 2009 e 14.333 (66,3%) em 2014[15]. Nos serviços de urgência em Barbacena-MG, 80% das tentativas de suicídio correspondiam ao sexo feminino, no período do estudo[11]. Palmas segue a tendência nacional e de outros municípios brasileiros, de maior prevalência do sexo femininonas tentativas de suicídio[8].

No Brasil, com relação ao grupo etário e ao tamanho da população em números absolutos, os intentos suicidas são mais frequentes entre os jovens. Com os adultos há uma relação mais estreita entre as tentativas de suicídio e os suicídios consumados. Em 2014, 50% dos intentos notificados correspondiam à faixa etária de 10 a 29 anos, mas no ano de 2009 e 2010 houve casos com menores de 10 anos[15]. Em Independência-CE as tentativas concentraram-se na faixa de 10 a 19 anos[13]. Os acontecimentos da vida que afetam emocionalmente a pessoa são importantes fatores a serem considerados. Na infância e adolescência pesam muito os abusos sexuais, problemas com a orientação sexual. Entre os jovens, dificuldades de relacionamentos com os pais, com os companheiros afetivos e a sociedade, sendo mais influenciado pelo ambiente[13,15]. Entre as pessoas de idade, encontraram traços de personalidade hipocondríaca, fechado, tímido e excessivamente dependente[15].O perfil das tentativas de suicídio em Palmas- TO é mais prevalente em adolescentes e jovens-adultos, e menos prevalente na população de meia idade e idosa. No município também houve casos em menores de 10 anos.

A variável raça/cor foi dividida em duas categorias branca e não-branca de acordo com as características fenótipos, sendo as pessoas de raça/cor preta, parda, amarela e indígena classificadas como não-brancas nesse estudo. Ao contrário do encontrado no presente estudo, as pessoas de raça/cor branca são as que possuem maiores proporções de tentativa de suicídio no Brasil no período de 2009 a 2014[15].Contudo, a região norte tem uma população predominante de cor parda, 71,2%, seguida de branca 23,6% e preta 4,7%[16] e se correlaciona com os dados dessa pesquisa, com maior ocorrência do agravo na população parda (não-branca).

Percebe-se uma tendência de nível de escolaridade inferior a oito anos de estudo[8,13,17-18].Esse estudo apresentou maior nível de escolaridade, de nove a doze anos de estudos, quando comparada às demais pesquisas.

A literatura aponta maior tentativa de suicídio e risco de suicídio em pessoas solteiras, viúvos e seperados[18-20],solteiros convergem com o perfil identificado nesse estudo.

A ocupação apresentou alta incompletude, mas dos dados obtidos estudantes e dona de casa apresentaram maior frequência. A ocupação de estudante converge com a faixa etária mais prevalente. Grande parte da amostra não exerce atividade profissional remunerada, embora a OMS não tenha identificado associações entre os comportamentos suicidas, renda e desemprego no Brasil, alguns estudos apontam para uma correlação positiva[13]. Entre as mulheres predomina as estudantes, do lar e aposentadas, já entre os homens o perfil de desempregados, trabalhadores manuais ou no setor informal[21]. Ressaltamos o alto número de casos envolvendo os trabalhadores de saúde, fenômeno que deve ser mais estudado.

A Orientação sexual e identidade de gênero são as variáveis que obtiveram quase 100% de incompletude, demonstrando que há dificuldades em realizar essas perguntas ou em respondê-las. São necessários mais estudos à cerca e sensibilizar os profissionais responsáveis pelas notificações, sobre a importância destas informações para orientar políticas públicas voltadas para esta população LGBT.

Os principais fatores de risco para o suicídio são: história de tentativas anteriores e transtornos mentais. É importante identificar as tentativas de suicídio e a relação com os transtornos mentais, a fim de, atuar de forma preventiva[10]. Há extensivo estudo, mostrando que em torno de 97% dos casos de suicídio caberiam um diagnóstico[22]. Os transtornos mentais e mais especificamente a depressão possui maior prevalência nas mulheres e tem forte associação com o suicídio. Contudo é um evento possível de prevenir, se diagnosticado precocemente e realizado o tratamento correto[4]. Nos estudos nacionais e internacionais, os transtornos mentais mais frequentemente associados são: Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e somatoformes; Transtornos do humor (afetivos); Transtornos alimentares; Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas[23]. Nessa pesquisa a relação com os transtornos mentais foi de 33,11%,bem abaixo das porcentagens encontradas na literatura nacional que apresenta média de 70% e internacional média de 90%. A baixa porcentagem se justifica pela dificuldade dos profissionais de correlacionar essa informação no momento da notificação; não haver instrumentos validados para tais;ser declarada pela pessoa ou acompanhante no momento da notificação; envolver os preconceitos enraizados na sociedade e ainda por muitas vezes as informações advir de prontuários médicos com baixa qualificação de informações.

Relacionar as tentativas de suicídio com o uso de álcool e outras drogas, é de suma importância na proposição das políticas públicas das violências e seus condicionantes e determinantes. Cerca de 11,2 % da população brasileira é dependente de álcool, e o número de pessoas que faz uso mas não atinge um padrão de dependência é ainda maior, tem atingido populações cada vez mais jovens e estão relacionadas a outras importantes questões sociais e com isso o risco de suicídio[10]. No Brasil, no ano de 2014, 14,4% dos casos havia suspeita de uso de álcool[15]. No atendimento pré-hospitalar em Arapiraca-AL em 2011,identificaram que 18,7% fizeram uso de álcool, o dia da semana de maior chamada ser o fim de semana,com maior predisposição ao uso de bebidas alcoólicas, evento

que pode favorecer a tentativa de suicídio[24].Em Palmas, o resultado (15,40%)está aproximado aos encontrados no Brasil e demais municípios.

Analisar os meios de agressão é importante para estabelecer estratégias de prevenção no nível dos fatores ambientais. No Brasil é mais frequente o envenenamento 52,9%, seguido por objeto pérfuro-cortante 9% e enforcamento 8,4%[15]. O meio de agressão é bastante variável, com incidência inclusive relacionada com a faixa etária, de 17 a 25 anos e no sexo feminino o meio de agressão mais utilizado é por intoxicação em uma razão de 1:2,4quando comparada aosexo masculino[13]. É mais frequente em Palmas a ingestão de medicamentos psicotrópicos e analgésicos de próprio consumo.econforme observado em diversos estudos,Há também o uso de raticidas ou pesticidas que deveriam ter dispensação e prescrição mais restrita. Outras formas de agressão totalizaram 33,33%,para essa informação constatou-se muitos erros de preenchimentos/inconsistência.Há uma grande subnotificação, principalmente nos casos de intoxicação exógena, seja por envenenamento ou medicamentosa[13]. Nesse estudo as tentativas de suicídio foram pormeios de agressão menos letais como envenenamento/intoxicação, lembrando que predomina no sexo feminino.

A frequência das tentativas de suicídio é um dos principais fatores de risco, presente nos estudos da área[10,18,21]e é ainda maior entre jovens[13]. A repetição de tentativas predominou entre as mulheres, 75,4%[18]. No Brasil, em 2014, 28% dos casos haviam realizado uma tentativa anteriormente[15]. O maior risco de morte por suicídio, em todos os ciclos de vida é no primeiro ano após uma tentativa, tanto para os que tentam pela primeira vez, quanto para os que reincidem, devendo ser intensificado o tratamento nesse período[17,18].Alguns estudos sugeriram que há um pequeno intervalo de tempo entre as tentativas e o suicídio consumado[13]

5- CONCLUSÃO

Nessa pesquisa há uma reincidência de 30,2%, nos indicando a necessidade de uma linha de cuidados de promoção, prevenção e reabilitação, de forma integral e articulada na rede.

O conhecimento do perfil epidemiológico, além dos fatores de risco e de proteção, possibilita o delineamento de estratégias de promoção, prevenção e intervenção, envolvendo a identificação precoce do risco e intervenção diante o fenômeno para redução da morbimortalidade.

Nessa pesquisa foi notória a baixa qualificação do banco de dados, com incompletude e inconsistência de algumas varáveis, sugerindo a necessidade de capacitações permanentes e sensibilização dos profissionais notificadoressobre a importância epidemiológica da notificação e preenchimento de todas as variáveis para subsidiar as políticas públicas, além do monitoramento sistemático sobre a qualidade do banco de dados, e assim a criação de estratégias que se aproximem mais da realidade do fenômeno.

É importante haver acompanhamento multiprofissional, compreensão e respeito à pessoa e sua família, diante o sofrimento apresentado. A violência autoprovocada é um problema de saúde

pública, necessita de investimentos e cuidado pelos diversos níveis de atenção à saúde, de ser discutido nos diversos setores e espaços sociais, de valorizar processos de organização de redes, para uma promoção da vida. Para além dos dados epidemiológicos, é necessário aprofundar mais e dar continuidade aos estudos nessa temática. Os autores esperam que os resultados e discussões deste estudo possam orientar e fortalecer as políticas públicas para a promoção, prevenção e enfrentamento da violência autoinfligida nos serviços de saúde e intersetoriais.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

2- Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre violência e saúde. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.

3- Werlang BSG,Botega NJ e colaboradores. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004.

4- Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. PSICO. 2006 set/dez; 37(3):213-220.

5- World Health Organization (WHO). Health XXI: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region.European health for all series n. 5. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen; 1998.

6- Vieira S. Introdução à Bioestatística. Rio de Janeiro: Campus; 1981.

7- Marôco J. Análise estatística com utilização do SPSS. 3 edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2010.

8- Ferreira NS. Perfil epidemiológico e psicossocial de tentativas de suicídio e de suicídios em Palmas (TO) no período de 2000 a 2009 [tese]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2013.

9- Abath MB, Lima MLLT, Lima OS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012*. EpidemiolServSaude. 2014 jan/mar;23(1):131-142.

10- Ministério da Saúde (BR). Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: Unicamp; 2006.

11- Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14

12- Grossi R, Vansan GA. Mortality by suicide in the municipal district of Maringá, PR, Brazil. J. BrasPsiq, 2002; 51 (2): 101-11.

13- Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, *et al.* Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1731-1740.

14- Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Editorial Presença; 1987.

15- Ministério da Saúde (BR). Secretaría de Vigilancia em Salud. Departamento de Análisis de laSituación em Salud. Salud Brasil, 2014: um análisis de lamorbimortalidad por causas externas. Brasília: Ministerio de salud; 2015.

16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2009.

17- Romão NR, Vieira LJES. Tentativas suicidas por envenenamento. RBPS, 2004; 17 (1):14-24

18- Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad.Saúde Pública. 2013 jan; 29(1): 175-187.

19- Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11 Suppl: 1333-1342.

20- Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Correa H, Perez S, organizadores. Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 11-27.

21- Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes, VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 out; 22(10):2201-2206.

22- Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective.World Psychiatry. 2002. 1(3): 181-185.

23- Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de Transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009 set; 25(9):2064-2074.

24- Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, Lima PC, Faro ACM, Nardi, AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. J.bras.psiquiatr. 2014 jan-mar; 63 (1): 16-22.

Artigo apresentado em 30/01/2017
Artigo aprovado em 30/04/2017
Artigo publicado no sistema em 29/06/2107

A IMPORTÂNCIA DE FORTALECER OS VÍNCULOS FAMILIARES DE PESSOAS EM TRATAMENTO NO CAPS AD III DE PALMAS/TO

THE IMPORTANCE OF STRENGTHENING THE FAMILY LINES OF PEOPLE IN TREATMENT IN CAPS AD III OF PALMAS / TO

Elizangela Cunha Lopes
Graduação em Serviço Social pela Universidade do Tocantins (2014), especializando em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional de Palmas-TO (2018).
elopese@hotmail.com

Jonatha Rospide Nunes
Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2003), Mestre pelo Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (2010), Especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sirio Libanês de Ensino e Pesquisa. Tutor do Programa de Saúde Mental do Programa Integrado de Residência Multiprofissional de Palmas/TO.

RESUMO: Entre os profissionais de saúde há muito se discute sobre a importância do apoio familiar para pessoas em tratamento pelo uso abusivo e/ou problemático de substâncias psicoativas, pois é notória as interferências negativas deste uso problemático nas relações interpessoais, como as citadas no Relatório Mundial de Drogas. (World Drug Report 2016). Em face a essa realidade foi realizado um estudo por meio de uma pesquisa qualitativa afim de analisar as ações desenvolvidas pelo CAPS AD III de Palmas – TO para o fortalecimento, o (re)estabelecimento e a manutenção de vínculos familiares de seus usuários. Onde se procurou, dar voz para usuários e familiares do bairro Jd. Aureny III em Palmas – TO, e a profissionais do CAPS AD III, por meio de questionário e entrevistas, onde estes puderam explanar suas opiniões acerca das ações desenvolvidas pela instituição supracitada.
DESCRITORES: Família, Saúde Mental, Vínculos.

ABSTRACT: *Health professionals have long been concerned about the importance of family support for people being treated for abusive and / or problematic use of psychoactive substances, as the negative interference of such problematic use in interpersonal relationships, such as those cited in the World Health Report Drugs. (World Drug Report 2016). In the face of this reality, a qualitative research was carried out to analyze the actions developed by the CAPS AD III of Palmas - TO to strengthen, (re) establish and maintain family ties of its users. Where it was sought, to give voice to users and relatives of the district Jd. Aureny III in Palmas - TO, and to professionals of CAPS AD III, through a questionnaire and interviews, where they were able to explain their opinions about the actions developed by the aforementioned institution*

KEYWORDS*: Family, Mental Health, Links.*

INTRODUÇÃO

O presente artigo surgiu a partir da atuação da pesquisadora como residente do Programa de saúde mental, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e

Drogas III (CAPS AD III) de Palmas – TO, onde foi observada a importância da família no processo de recuperação de pessoas em uso abusivo e\ou problemático de álcool e outras drogas, neste sentido, Melo e Stadnik (2011) enfatizam que as pessoas se constituem no meio social em que vivem e o caminho escolhido, muitas vezes, é movido pela afetividade e pela emoção em diferentes situações da vida. Isso mostra a necessidade de manter ações que ajudem a (re)estabelecer vínculos familiares desses usuários.

A partir destas observações e por considerar importante planejar as ações estratégicas de uma instituição pública de tratamento aos usuários de substâncias psicoativas, foi realizado um estudo para identificar se as práticas realizadas no CAPS AD II de Palmas – TO visam promover o fortalecimento e (re)estabelecimento dos vínculos entre usuários e familiares.

Objetivando-se analisar as ações desenvolvidas pelo CAPS AD III de Palmas – TO para o fortalecimento, o (re)estabelecimento e a manutenção de vínculos familiares de seus usuários, descrevendo quais são essas ações, identificando a participação dos usuários e familiares nas atividades para este fim e apontando a relação das ações com a política nacional de saúde mental, dessa forma, procurou-se dar voz para usuários, familiares e profissionais do CAPS AD III de palmas -TO, por meio de questionário e entrevistas, onde estes puderam explanar suas opiniões acerca das ações desenvolvidas pela instituição supracitada.

Após a análise dos dados pode se constatar que, a distância, o horário de funcionamento de alguns serviços prestados pela instituição, a autonomia dos profissionais e as condições de trabalhos, são fatores que dificultam a participação das famílias no tratamento dos usuários do CAPS AD III, de moradores na região do Jardim Aureny III em Palmas- TO, território onde foi realizada a pesquisa.

Pela observação dos aspectos analisados, visando facilitar a inclusão das famílias no tratamento de pessoas em situação de uso abusivo e ou problemático de substâncias psicoativas, foi sugerida, uma maior aproximação da instituição com o território pesquisado.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS TRANSFORMAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DO BRASIL

A crescente violação de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais nos manicômios mobilizou diferentes setores da sociedade quanto ao

tratamento dispensado a estas pessoas. No Brasil, na década de 1970, foi iniciada a luta de diferentes segmentos da sociedade, como profissionais de saúde, familiares e movimentos sociais, para que houvesse uma reforma no modo de produzir cuidados em saúde mental, capaz de mudar a realidade das instituições e dos tratamentos disponibilizados às pessoas com transtornos mentais. Neste contexto, o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (2005, p. 06), enfatiza a luta dos movimentos sociais no período de reforma da psiquiatria brasileira.

> Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005, p. 06).

A citação ressalta a crise no modelo hospitalocêntrico e aponta a década de 1970 como um divisor de águas na história da saúde mental brasileira, onde a luta dos movimentos sociais ganharam força e conseguiram avanços para melhorar as condições de tratamento ofertadas às pessoas com transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica no Brasil, contribuiu para mudanças no tratamento de pessoas com transtornos mentais ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas, pois segundo Abreu e Val (2013) havia uma visão deturpada em torno do transtorno mental, que associava o problema de saúde da pessoa a periculosidade e incapacidade civil de forma permanente.

Uma vez inseridos na lógica da saúde mental, o tratamento para pessoas em uso problemático ou abusivo de álcool e outras drogas passou a seguir os critérios estabelecidos pela legislação pertinente a saúde mental no país, ganhando reconhecimento dentro da extensão da saúde mental brasileira.

Nesse contexto a lei 10.216/2001, que “[...] dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, foi criada e intitulada de a lei da reforma psiquiátrica brasileira, nome recorrente ao fato de ter sido após sua regulamentação que houve prevalecimento da garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Considerando o disposto no texto da lei da reforma psiquiátrica, foi estabelecida, sob orientações da Coordenação Geral de Saúde Mental de 1990 – CGSM, por meio da Portaria GM/MS n° 336/2002, a institucionalização dos Centros

de Atenção Psicossocial – CAPS, dentre eles o CAPS AD, para atendimento de pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas.

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PESSOAS EM TRATAMENTO POR USO ABUSIVO E/OU PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Questões relacionadas ao uso problemático e/ou abusivo de álcool e outras drogas vêm interferindo cada vez mais nas configurações familiares. Em suma, "[...] o uso de drogas é frequentemente associado a abuso infantil e violência doméstica e é também um dos principais contribuintes para a insatisfação conjugal, para as rupturas e rejeição de membros da família" (World Drug Report 2016, p. 68)[1]. Diante de realidades, como a explicitada nesse documento, fica de fácil compreensão que é necessário dá ênfase às questões familiares durante o tratamento de pessoas por uso abusivo e/ou problemático de álcool e outras drogas, uma vez que a relação que as pessoas estabelecem com o uso de drogas interfere significativamente nos seus relacionamentos interpessoais.

A saúde mental no Brasil tem como eixo central a Lei 10.216/2001, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira, que prioriza o tratamento extra-hospitalar. Esta lei determina em seu Art. 3° que:

> É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de Saúde Mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de Saúde Mental (BRASIL, 2001).

Como se pode analisar, a valorização da família, frente as políticas públicas, irá contribuir para que estas superem as dificuldades fortalecendo as relações entre os membros reforçando os vínculos existentes. Payá (2011 p. 326) registra que "[...] tratar famílias com membros dependentes químicos é uma necessidade, visto que elas também adoecem e sofrem. O apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico em qualquer estágio do problema".

---

[1] O documento, World Drug Report 2016, foi traduzido pela pesquisadora.

Nesta perspectiva, o autor coloca o acompanhamento familiar no tratamento de recuperação de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas como ponto fundamental para atingir tal objetivo, pois uma família “doente” não teria condições de receber um membro recuperado sem lhes causar danos (PAYÁ, 2011).

Uma ferramenta que pode ser utilizada para trabalhar questões familiares é o Plano Terapêutico Singular – PTS, ele pode ser individual e/ou coletivo, como refere o caderno de atenção básica com diretrizes para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, colocando que é “importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos” (CAB nº 27, p. 28).

AS CONDIÇÕES DE VIDA E O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso problemático e/ou abusivo de álcool e outras drogas é um problema grave de saúde pública, de acordo com o Relatório Mundial de Drogas (World Drug Report 2016), problemas como a incompreensão e a negação da dependência ao uso de drogas, contribuem alimentando o ciclo de marginalização e estigmatização dos dependentes, dificultando sua integração social, afetando até mesmo os serviços de saúde e interferindo na eficácia do tratamento.

Este uso dito, abusivo e/ou problemático de álcool e outras drogas pode representar também fugas para problemas do cotidiano, refletindo negativamente na vida social das pessoas, e a disponibilidade de políticas públicas sobre drogas por si só não representa grande diferença na melhoria das condições de vida de uma pessoa em uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas. Os autores Carvalho e Pellegrino (2015, p. 2) afirmam que "se faz urgente construir novas políticas baseadas no conceito ampliado da redução de danos", para eles o modelo de políticas repressivas no Brasil tem causados mais mortes que nas últimas décadas que o próprio consumo de substâncias psicoativas.

Diante desse estudo percebe-se que as diferentes situações que levam ao consumo problemático e ou abusivo de álcool e outras de drogas exigem uma atuação especializada por parte dos serviços de saúde nas diferentes fases do tratamento, bem como o apoio intersetorial da educação, da justiça e da assistência social. Para autores como Cabral e Vital (2013) em algumas dessas situações são necessárias intervenções imediatas, no entanto, o investimento na capacitação e

formação de profissionais especializados poderá proporcionar um atendimento técnico mais eficiente.

> Compreende-se, que especializações no formato das residências multiprofissionais de saúde podem ser estratégias eficientes, ao passo que a formação se dar no contexto ensino-serviço, habilitando profissionais críticos e reflexivos dos seus processos de trabalho e apresentando-se como um espaço privilegiado para a formação de profissionais para trabalhar no SUS (CABRAL e VITAL, 2013, p. 23).

Nesse contexto, fica evidente que ações imediatistas como as internações em momentos de crise, podem ser necessárias em determinados momentos do tratamento, porém, ao pensarmos em cuidado longitudinal, percebe-se, que não são suficientes para dar as respostas necessárias às diferentes demandas que poderão surgir. A citação enfatiza também que somente associadas ao atendimento especializado essas ações poderão representar uma maneira mais eficaz de buscar respostas para os problemas ocasionados pelo uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas, possibilitando a superação dos problemas, mantendo a dignidade humana e a cidadania.

BREVE HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO QUE REGULAMENTA OS CAPS E ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO CAPS AD III DE PALMAS-TO

O tratamento de pessoas em uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas deve seguir o que determina a Política Nacional de Saúde mental, que é direcionada pela lei n° 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispões sobre os direitos dos portadores de transtorno mental e dar os direcionamentos para a assistência na saúde mental.

Com foco no atendimento específico às pessoas portadoras de transtornos mentais, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 19 de fevereiro de 2002, a portaria n° 336, que estabelece a divisão dos Centros de Atenção Psicossocial e os classificou em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CPAS i II e CAPS ad II, definidos pela portaria por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL MS/GM Portaria n.º 336, de 2002).

A Portaria 336/2002 do MS estabelece que o CAPS-AD além de prestar assistência as pessoas em uso problemático e ou abusivo de álcool e outras drogas, deve dispor de atividades voltadas para a integração deste com a comunidade e a família.

Outra aliada importante no enfrentamento aos problemas ocasionados pelo uso problemático e ou abusivo de álcool e outras drogas é a Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012, que redefine os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e seus respectivos incentivos financeiros.

Após cinco anos de funcionamento o CAPS AD III de Palmas - TO ganhou sede própria, localizada na Quadra 105 norte, sendo inaugurada no dia 05 de junho de 2017 pelo prefeito Carlos Amastha (JORNAL TOCANTINS, 2017).

Além do tratamento de saúde, o CAPS AD III de Palmas - TO pressupõem aos seus usuários e familiares, condições básicas para a reinserção social por meio dos trabalhos em grupo e individual que ajudam a manter a autoestima e autoconfiança dos sujeitos. Essas determinações foram estabelecidas na Portaria GM/MS nº336/02, onde o CAPS deve articular trabalhos intersetoriais para promover acesso ao trabalho e ao lazer a fim de exercitar os direitos civis do seu público.

Dando ênfase ao trabalho multiprofissional, conforme determina a legislação pertinente à política de saúde mental, o CAPS ADIII de Palmas - TO, prioriza uma assistência de qualidade às pessoas que sofrem de transtornos mentais em decorrência do uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas, por meio de atividades que visam garantir o atendimento o integral deste público como é estabelecido nos Art. 2° e 3°da Portaria n°130/2012.

MÉTODOS

Para a concretização deste estudo, foi realizada uma pesquisa de campo qualitativa, de caráter explicativo, intitulada de: A Importância de Fortalecer os Vínculos Familiares de Pessoas em Tratamento no CAPS AD III de Palmas – TO, com base teórica no arcabouço legal que direciona o atendimento às pessoas em situação de uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas. Objetivando identificar e analisar as ações desenvolvidas pelo CAPS AD III em Palmas – TO, para o fortalecimento, (re)estabelecimento e a manutenção dos vínculos familiares de pessoas em tratamento na instituição.

Para conclusão deste estudo foi necessário um ajuste na amostra indicada no projeto, de 10 para 07 usuários e familiares a serem entrevistados, isto ocorreu devido a dificuldade de conseguir o quantitativo sugerido dentre os participantes da área de abrangência da pesquisa.

Ao iniciar a busca ativa dos participantes, percebeu-se que alguns dos usuários não poderiam participar por motivos particulares, que foram justificadas pelos usuários ou pelos familiares, dentre estes, 02 usuários não estavam na cidade na data, 01 veio a óbito no período da pesquisa, 03 haviam mudado de endereço, 01 estava em fase de separação e por isso não quis participar, 02 estavam acolhidos em comunidades terapêuticas segundo a família, 02 ficaram de pensar na proposta e retornar o contato, mas não o fizeram.

Esses entraves fizeram com que optasse para concluir a pesquisa com os 07 pesquisados que aceitaram participar, visto que o tempo para apresentação do Trabalho de Conclusão da Residência - TCR estava encerrando-se e precisava apresentar o resultado da pesquisa e escrever o artigo.

Diante desses acontecimentos, o estudo foi concluído tendo como público-alvo 07 usuários do bairro Jardim Aureny III em tratamento na instituição, 1 familiar de cada usuário, 05 profissionais da equipe multiprofissional do CAPS AD III de Palmas - TO, de diferentes categorias que lá atuam como: Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional.

Adotou-se como critério de inclusão, a participação de usuários que residam no bairro do Jardim Aureny III, na região de cobertura do CSC Laurides Milhomem e que estão em tratamento no CAPS AD III de Palmas-TO, e que aceitaram participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); familiares dos usuários que participaram da pesquisa e que foram indicados pelo próprio usuário, todos com idade entre 18 e 59 anos e que participaram voluntariamente deste estudo; e, profissionais da equipe multiprofissional do CAPS AD III de Palmas-TO de nível superior e categorias diferentes que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa.

Foram excluídos desta pesquisa usuários do CAPSADIII de Palmas - TO, que não são moradores do bairro Jardim Aureny III e/ou não pertençam a região de cobertura da CSC Laurides Milhomem e seus familiares, bem como, os que não concordaram em assinar o TCLE, e ainda os que por algum motivo no decorrer da pesquisa desistiram de participar, ou, os que ainda optaram por participar e por algum motivo injustificado deixaram de comparecer a coleta de dados e os profissionais da equipe multiprofissional do CAPS AD III de Palmas -TO que estavam de férias ou licença médica.

Para a coleta das informações houve aplicação de entrevistas e questionários com roteiro semiestruturado, construídos a partir dos objetivos da pesquisa, para cada um dos grupos estabelecidos (Usuários, Familiares e Profissionais). Os encontros aconteceram após agendamento com cada um dos participantes, onde o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado.

Após a coleta, os dados foram analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo (AC), método que segundo Farago e Fofonca (2010, apud BARDIN, 2009) configura-se em uma técnica de estudo das condições humanas através de relatos adquiridos de forma objetiva e sistemática.

A pesquisa foi realizada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas – ULBRA, CAAE: 73991617.2.0000.5516, respeitando os aspectos éticos regulamentados pela Resolução CNS nº 466/12, que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Usuários

Entre os usuários 07 dos 07 participantes relataram que algum membro da família conhece os serviços prestados pelo CAPS AD III de Palmas. Todos relataram que o uso abusivo e/ou problemático do álcool ou outras drogas afeta a relação familiar de alguma maneira, dentre estes 02 não sabem dizer se há ações especificas para o apoio familiar, outros 02 já ouviram falar, mas não conhecem o grupo de família, os outros 03 relataram que o apoio que o CAPS oferta às famílias é importante, dentre estes 01 coloca que se os grupos para as famílias ocorressem nos dias de consultas facilitaria a participação da família, outro coloca que o CAPS deveria ir mais ao encontro das famílias.

Sobre os vínculos com seus familiares 05 deles revelaram que possuem uma boa relação com os demais membros da família, porém esta fica fragilizada quando está em uso, 01 refere boa relação com o pai, rompida com a mãe e fragilizada com os irmãos, o outro, rompida com os irmãos e fragilizada com a mãe, não citou o pai.

Nenhum dos usuários entrevistados citou facilidades para as famílias participarem das ações que o CAPS AD III de Palmas - TO oferece, todos eles

colocaram a distância territorial como maior dificuldade para a participação das famílias, entre estes, 02 ainda colocaram o horário e o dia do grupo também dificuldade, 01 relatou, que a convivência de pessoas sob efeito também dificulta a participação dos familiares, outro citou dificuldades no trajeto como: travessias perigosas nas rotatórias e ponto de ônibus distante da instituição.

O quadro 1 expõe as respostas individuais dos usuários participantes.

Quadro 1 – Relato dos usuários do CAPS AD III de Palmas-TO

	CATEGORIAS DE ANÁLISES				
	Relação dos familiares com o CAPS	**Ações do CAPS voltadas para familiares**	**Relação de vínculos dos usuários em tratamento com seus familiares**	**A afetação nas relações familiares pelo uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas**	**Dificuldades e/ou facilidades para participação familiar nas ações do CAPS**
Usuário A	Só o pai conhece o CAPS AD, e só esteve lá uma vez	Não soube dizer se tem alguma ação específica para as famílias	Rompido com a mãe, fragilizada com os irmãos e boa com o pai.	Sim, usuário relata que geralmente há desentendimentos em casa quando está em uso	Apontou a distância como dificuldade, não mencionou facilidade
Usuário B	A mãe conhece o CAPS AD, mas não frequenta porquê é longe	Já ouviu falar do grupo de família, mas não soube dar mais informações	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, pois quando o usuário bebe a mãe fica preocupada porque ele fica na rua.	Apontou a distância como dificuldade, não mencionou facilidade
Usuário C	Os irmãos conhecem, já estiveram lá algumas vezes, mas a distância dificulta a participação	Considera importante, porém acredita, que se o CAPS fosse mais ao encontro das famílias seria mais eficaz.	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, pois a família fica triste e preocupada quando o usuário faz uso.	Apontou a distância, o dia e o horário do grupo de família como dificuldade, não mencionou facilidade
Usuário D	Dois filhos e o esposo conhecem.	Considera importante, porém acredita que se o grupo de família acontecesse nos dias de consultas facilitava	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, pois quando está em uso fica muito tempo na rua e as vezes se envolve em brigas com os vizinhos.	Acredita que o horário e o dia da semana dificultam a participação da família, não mencionou facilidades.
Usuário E	A mãe conhece, mas só foi lá no primeiro	Sabe do grupo de família, mas não conhece	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, a mãe se preocupa com a saúde e os irmãos não o tratam com	A mãe é idosa e acha longe, os irmãos não se interessam pelo

	dia levar ele.			respeito quando está em uso.	tratamento dele
Usuário F	Só a mãe conhece, e só vai lá quando ele fica acolhido.	Não soube dizer se tem ações específicas para família	Rompida com os irmãos e fragilizada com a mãe, não citou o pai.	Sim, pois a mãe fica nervosa e briga muito quando o usuário está em uso.	Apontou a distância e o trajeto como dificuldades, relatou que as ruas são difíceis para atravessar.
Usuário G	Conhece, mas só acompanha nas consultas	O CAPS apoia as famílias, só que a família dele não tem tempo ´para participar dos grupos	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, a esposa e os filhos se preocupam porque ele fica muito tempo na rua quando está em uso.	Apontou a distância e a convivência com pessoas sob efeitos como dificuldades, não mencionou facilidades

Fonte: Dados da pesquisa.

Familiares

Entre os Familiares todos relataram conhecer o CAPS AD III de Palmas - TO, entretanto, 02 afirmam que estiveram lá apenas uma vez, 02 disseram não irem mais vezes devido á distância, 02 só vão nos dias de consulta acompanhando seu familiar e 01 só vai quando seu parente está acolhido.

No que tange as ações desenvolvidas pela instituição voltada para as famílias, 04 relataram ter conhecimento do grupo de família, mas nunca participaram, 02 não souberam dizer se existem ações específicas para a família, 01 relatou já ter participado do grupo de família, mas enfatizou que não teve mais tempo para participar outras vezes.

Os 07 familiares afirmaram que o uso abusivo/problemático de álcool e ou outras drogas afeta a relação familiar de alguma forma. Sobre a relação do vínculo da família com os usuários, 05 disseram terem bons vínculos, porém com conflitos quando eles estão em uso.

Nenhum familiar mencionou facilidades para participação das famílias nas ações da instituição, quanto as dificuldades, 04 apontaram a distância como maior problema, 02 relataram que horário dificulta a participação e 01 relatou não ter condições físicas para ir só e não tem quem o acompanhe.

O quadro 2 expõe as respostas individuais dos familiares participantes.

Quadro 2 – Relato dos familiares de usuários do CAPS AD III de Palmas-TO

	CATEGORIAS DE ANÁLISES

	Relação dos familiares com o CAPS	**Ações do CAPS AD III Voltadas para familiares**	**Relação de vínculos dos usuários em tratamento com seus Familiares**	**A afetação nas relações familiares pelo uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas.**	**Dificuldades e/ou facilidades para participação de familiar nas ações do CAPS**
Familiar A	Conhece o CAPS AD, mas só esteve lá uma vez	Não soube dizer, só esteve lá quando o filho foi admitido	Rompido com a mãe, fragilizada com os irmãos e boa com o pai.	Sim, pois a mãe do usuário e os irmãos discutem com ele quando está em uso.	Apontou a distância como dificuldade, não mencionou facilidade
Familiar B	Conhece o CAPS AD, mas não frequenta porquê é longe	Já ouviu falar do grupo de família, mas nunca participou	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, geralmente a família se preocupa porque ele passa muito tempo na rua e volta bêbado.	Apontou a distância como dificuldade, não mencionou facilidade
Familiar C	Conhecem mais não frequentam devido a distância	Tem conhecimento do grupo de família, mas nunca participou	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, o uso de drogas do usuário gera preocupações em toda a família, pois dificulta sua vida no trabalho.	Apontou a distância e o horário do grupo de família como dificuldade, não mencionou facilidade
Familiar D	Conhecem, frequentam nas consultas	Participou do grupo de família uma vez, nunca mais teve tempo de participar	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, pois geralmente o usuário fica agressivo e não aceita que as pessoas se aproximem.	Apontou o horário do grupo de família como dificuldade, não mencionou facilidades.
Familiar E	Conhece o CAPS AD, mas só esteve lá uma vez	Tem conhecimento do grupo de família, mas nunca participou	Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, pois o usuário tem a saúde frágil.	Refere dificuldades de andar pelas ruas sozinha e não tem quem acompanhe
Familiar F	Conhece, mas só vai lá quando ele fica acolhido	Não soube dizer se tem ações específicas para famílias	Já ouviu falar do grupo de família, mas além de ser distante, não tem tempo ´para participar.	Sim, pois quando está em uso, os desentendimentos com as outras pessoas da família aumentam.	Apontou a distância e o trajeto como dificuldades, não mencionou facilidades.
Familiar G	Conhece, mas só acompanha nas consultas		Boa, porém fragilizada quando está em uso	Sim, porque quando está em uso o usuário se recusa a voltar para casa.	Apontou a distância como dificuldade, não mencionou facilidade

Fonte: Dados da pesquisa.

Profissionais

Entre os profissionais, todos os 05 participantes da pesquisa relataram conhecer o que preconiza a legislação pertinente a saúde mental para o acompanhamento familiar de pessoas em tratamento por uso abusivo e ou problemático de álcool e ou outras drogas, reconhecendo por meio de suas falas a importância deste acompanhamento para bons resultados.

Todos participantes citaram o grupo de família como uma atividade do CAPS AD III de Palmas - TO para acompanhamento das famílias, dentre estes, 03 citaram também o atendimento individual às famílias como uma prática da instituição. Os 05 profissionais participantes também relataram que as ações voltadas para as famílias têm resultados positivos, sendo que destes, 01 considera as ações como boas, 02 as colocam como regulares e 02 afirmam que elas são insuficientes.

No que se refere ao uso problemático e ou abusivo de substâncias psicoativas todos participantes consideram que ele afeta as relações familiares dos usuários, causando rompimentos e fragilidades nos vínculos, interferindo negativamente no tratamento.

Em meio aos pesquisados 02 relataram que as condições do serviço e a autonomia dos profissionais possibilita uma boa articulação com as famílias e 03 afirmaram que não possibilitam; 01 deles informou que considera ser necessária uma melhor organização do trabalho para maior apoio as famílias e outro que deveriam incluir mais as famílias no tratamento para dividir responsabilidades.

O quadro 3 expõe as respostas individuais dos profissionais participantes.

Quadro 3 – Relato dos profissionais do CAPS AD III de Palmas-TO

	CATEGORIAS DE ANÁLISES					
	Conhece sobre o que preconiza a política de saúde mental para questões familiar	**A importância do acompanhamento familiar**	**As ações do CAPS voltadas para familiares**	**Ações voltadas para vínculos familiares dos usuários em tratamento no CAPS**	**A afetação nas relações familiares pelo uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogas.**	**Condições de trabalho e autonomia para trabalhar com familiares no CAPS**
Profissional A	Conhece	De grande importância, por ser a família a base do sujeito,	Grupo de família e atendimento individual	Insuficientes, mas com resultados positivos.	Acredita que afeta, causando rompimentos e fragilidades que interferem no	Possibilitam articulação com as famílias

					tratamento.	
Profissional B	Conhece	Importante para poder compreender e interferir se preciso for no ambiente em que o usuário estiver inserido.	Grupo de família, atendimento familiar.	Regulares, com resultados positivos.	Afeta diretamente, causando rompimentos e fragilidades, interferindo no tratamento	Não possibilita boa articulação com as famílias, sendo necessário uma reorganização do trabalho para maior apoio familiar.
Profissional C	Conhece	Importantíssima para resultados positivos nos tratamentos.	Grupo de família e atendimento individual	Regulares, com resultados positivos.	Afeta, causando rompimentos e fragilidades que interferem no tratamento.	Possibilitam articulação com as famílias.
Profissional D	Conhece	Importante, pela questão de segurança.	Grupo de família.	Boas, com resultados positivos.	Afeta, causando rompimentos e fragilidades, interferindo no tratamento	Não possibilita uma boa articulação com as famílias, acredita que deveriam incluir mais as famílias para dividir responsabilidades.
Profissional E	Conhece	Importante para melhor adesão do usuário no tratamento.	Grupo de família.	Insuficientes, mais com resultados positivos	Afeta, causando rompimentos e fragilidades que interferem no tratamento	Não possibilita uma boa articulação com as famílias,

Fonte: Dados da pesquisa.

ANÁLISE DE RESULTADOS

A análise do conteúdo ocorreu por meio de categorias que identificaram pontos de divergência e convergência nos discursos dos participantes, evidenciando na maioria dos casos, dificuldades em trabalhar questões relacionadas a vínculos, nas três categorias pesquisadas: usuários, familiares e profissionais.

As informações coletadas sobre os usuários estão expostas na tabela 1, que permite visualizar em quais condições cada usuário entrevistado reconhecesse estar vivendo.

Tabela 1 – Informações de usuários que fazem tratamento no CAPS AD III de Palmas-TO

Afirmativa	N° de usuários
A distância é o fator dificuldade para as famílias acessarem os serviços disponibilizados	7
Algum membro da família conhece as ações do CAPS voltadas para familiares	7
O uso abusivo/problemático de substâncias psicoativas interfere nas relações familiares	7
Possui bom vínculo familiar, mas o vínculo é fragilizado quando substâncias psicoativas são usadas	5
Apresenta rompimento com algum membro da família	2
Existência de facilidades para participação familiar nas ações do CAPS	-

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela acima mostra que os usuários em tratamento no CAPS AD III de Palmas – TO, reconhecem que o uso abusivo e ou problemático de substâncias psicoativas interfere negativamente nas relações familiares, e que apesar de terem familiares que conhecem as ações da instituição voltadas para as famílias, evidencia também que a distância é um fator que dificulta o acompanhamento destas famílias no tratamento dos usuários.

Diante desta realidade tem-se, no Núcleo de Apoio a saúde da Família – NASF, o instrumento da Rede de Atenção à Saúde – RAPS capaz de auxiliar nas demandas aqui apresentadas, pois de acordo com Caderno de Atenção Básica – CAB n 27 (p. 37) “[...] há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental; organização em rede – que devem se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território”.

No que se refere ao ponto de vista dos familiares entrevistados a tabela 2 expõe suas opiniões.

Tabela 2 – Informações de familiares de usuários que fazem tratamento no CAPS AD III de Palmas-TO

Afirmativa	N° de familiares
A relação familiar é afetada pelo uso abusivo/problemático de substâncias psicoativas	7
Conhece as ações do CAPS voltadas para familiares.	4
Não sabia da existência de ações para as famílias dos usuários	2
A distância é o fator dificuldade para as famílias acessarem os serviços disponibilizados.	4
Vai ao CAPS apenas para acompanhar o usuário nos dias de consulta	1
Já participou do grupo de família	1

Só vai ao CAPS quando seu parente está acolhido	1
Existência de facilidades para participação familiar nas ações do CAPS	-

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela acima mostra que a maioria das informações são convergentes com as informações dadas pelos usuários, dentre os entrevistados apenas 04 dos familiares dizem conhecer ações voltadas para a família, mostrando mais uma vez a necessidade de um Plano Terapêutico Singular - PTS que inclua a família, como destacado anteriormente.

Por ser uma expressão da questão social, os problemas surgidos em decorrência do uso abusivo e ou problemático de substâncias psicoativas necessitam da intervenção do Estado para a proteção social da família e seus membros como está estabelecida na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB\SUAS), que prima pela atenção à família e seus membros em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, a atenção às famílias tem por perspectiva, fazer avançar o caráter preventivo de proteção social, de modo a fortalecer laços e vínculos sociais de pertencimento entre seus membros e indivíduos, para que suas capacidades e qualidade de vida levem à concretização de direitos humanos e sociais (NOB\SUAS 2005).

As informações referentes aos profissionais que atuam no CAPS AD III estão expostas na tabela 3.

Tabela 3 – Informações de profissionais que trabalham no CAPS AD III de Palmas-TO

Afirmativa	N° de profissionais
Conhece o que preconiza a política de saúde mental e considera importante o acompanhamento familiar	5
Questões de vínculo familiar interferem no tratamento	5
A relação familiar é afetada pelo uso abusivo/problemático de álcool e outras drogas	5
As condições de trabalho e autonomia dos profissionais não possibilitam uma boa articulação com as famílias	3
As condições de trabalho e autonomia dos profissionais possibilitam uma boa articulação com as famílias	2
As ações do CAPS que são voltadas para questões de vínculos familiares são insuficientes	2
As ações do CAPS que são voltadas para questões de vínculos familiares são regulares	2
As ações do CAPS que são voltadas para questões de vínculos familiares são boas	1

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com as informações fornecidas pelos profissionais da equipe multiprofissional do CAPS AD III de Palmas – TO, as questões relacionadas ao uso abusivo e ou problemático de álcool e outras drogras afetam as relaçãoes familiares, interferindo negativamente no tratamento dos usuários.

Mesmo relatando conhecer o que é preconizado pela política de saúde mental, sobre a importância do apoio ás familias, estes profissionais se dividem quanto a eficácia das ações, entre boas, regulares e insuficientes, a maioria deles, referem que a autonomia e as condições de trabalho não favorecem o apoio a estas famílias. Isto mostra a importância de qualificar o trabalho realizado com as familias, pois de acordo com a Portaria 336\02 do Ministério da Saúde - MS uma das funções do CAPS-AD estabelecida pela portaria é o fortalecimento dos laços familiares, indo de encontro ao Art. 3º da lei 10216/2001.

CONCLUSÃO

Considerando as divergências encontradas na pesquisa, percebe-se fragilidades no desenvolvimento das ações que possibilitem o (re)estabelecimento e a manutenção dos vínculos entre familiares e pessoas em tratamento no CAPS AD III de Palmas - TO, seja pela distância, como colocada pelos familiares e usuários como maior dificuldade no ponto de vista deles, sejam pelas condições de trabalho, autonomia e pouco envolvimento dos familiares, como citado pelos profissionais.

Essas fragilidades mostram que as ações disponibilizadas pelo CAPS AD III de Palmas –TO, não atendem as reais necessidades dos usuários da região do bairro Jardim Aureny III para o fortalecimento, (re)estabelecimento e manutenção dos vínculos familiares destas pessoas.

A legislação pertinente a política pública de saúde mental traz direcionamentos para essas questões como a PORTARIA Nº 130 (2012), que no Art. 6° ressalta a importância do cuidado integral ao usuário e no inciso VII traz ênfase ao atendimento a família.

Levando em consideração esses aspectos, confirma-se a hipótese de que o CAPS-AD III de Palmas-TO segue protocolos preestabelecidos pela política pública de saúde mental, mas não disponibiliza de ações estratégicas, que atendam as particularidades dos usuários e seus familiares para o fortalecimento, (re)estabelecimento e a manutenção dos vínculos dessas pessoas.

Pensando na integralidade do cuidado, para uma melhor adequação às necessidades dos usuários e seus familiares, sugere-se maior aproximação da instituição com o território pesquisado, uma das ferramentas que se pode utilizar é o Projeto de Saúde no território – PST, que é preconizado pelo caderno 27 da atenção básica, nele “segue-se a elaboração e consolidação de um entendimento mais aprofundado da situação/necessidade em saúde, no qual se trabalhará com: (a) justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco” (CADERNO DE ATENÇÃO BASICA, 2009 – CAB nº 27, p. 29).

O projeto de Saúde no território pode ser desenvolvido com apoio do NASF, que tem dentre suas funções “[...] ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura” (CADERNO DE ATENÇÃO BASICA, 2009 – CAB nº 27, pág. 11). Neste sentido, o NASF pode fomentar o apoio matricial, realizando discursões de casos, consultas compartilhadas, educação permanente, com ênfase na saúde mental, para qualificar a atenção em saúde, como está estabelecido no próprio CAB nº 27.

Esse estudo possibilitou a pesquisadora uma aproximação das famílias pesquisadas, proporcionando um maior conhecimento de suas realidades, evidenciando questões que determinam a sua participação ou não, nas atividades propostas pelo CAPS AD III de Palmas – TO para o fortalecimento, (re)estabelecimento e a manutenção dos vínculos de pessoas em tratamento na instituição.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria que me destes para superar alguns obstáculos.

A minha família, que sempre apoia minhas decisões, em especial meu namorado Paulo Abreu, pois foi um grande companheiro nesta retal final de tantas inseguranças.

A meu orientador e tutor da saúde mental Jonatha, por acolher minhas angustias e me direcionar para o melhor caminho possível.

Aos preceptores pela parceria do dia a dia, em especial minha querida Fátima Damaso, que além de preceptora soube ser amiga e companheira.

Às minhas colegas do programa saúde mental e do NASF, em especial a Jaqueline e Daniela, pessoas que aprendi a admirar superando diferenças na convivência diária.

Às equipes do CAPS II, CAPS AD III, CSC Laurides e Liberdade, que nos receberam e nos apoiaram nesta jornada.

A FESP, SEMUS, COREMU, por acreditar na proposta da residência, ofertando oportunidades de crescimento e aprendizado.

REFERÊNCIAS

ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. **Fundamentos constitucionais da internação involuntária do dependente químico**. Disponível em: http://www.idbfdul.com/uploaded/files/2013_10_10565_10593.pdf. Acesso: 26 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336/02** - estabelece as modalidades de CAPS - I, II e III. Em 19 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 130/12** - estabelece as modalidades de CAPS - I, II e III. Em 19 de fevereiro de 2002. Em 26 de Janeiro de 2012.

_____. **RESOLUÇÃO Nº. 466 do Conselho Nacional de Saúde**, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, v. 13, 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: n. 27**. Brasília, 2009. 160 p.

_____. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2018.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

CABRAL, Thamiris M. Nascimento; VITAL, Marília G. da Rocha. **Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas**: Um Diálogo Entre as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental e Saúde da Família. In: Anais do I Congresso Brasileiro sobre Saúde Mental e Dependência Química: Pesquisa, prevenção e intervenção às drogas e seus desafios no mundo contemporâneo. Orgs: Silvana Carneiro Maciel et al. João Pessoa: Editora da UFPB, 2013.

CARVALHO, Ilona Szabó de; PELLEGRINO, Ana Paula. **Política de Drogas no Brasil**: a mudança já começou. Instituto Igarapé; Artigo Estratégico 2015. 42 p.

FARAGO, Cátia Cilene; FOFONCA, Eduardo. **A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin**: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. 2010.

JORNAL DO TOCANTINS. **CAPS AD III na 105 Norte tem dia para inauguração** - Jornal do Tocantins. Disponível em: <http://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/estado/caps-ad-iii-na-105-norte-tem-dia-para-inaugura%C3%A7%C3%A3o-1.1286365

MELO. Maria Taís de; STADNIK. Liliana. **Processo de Prevenção em Dependência Química**. In: Prevenção à dependência química. Org. Melo, T. Maria. 2. ed. – Palmas: Editora UNITINS, 2011. P. 9-15.

PAYÁ. Roberta. Terapia Familiar. In: **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Ronaldo Laranjeira, Daniel Cruz Cordeiro, Alessandra Diehl. Porto Alegre: Artmed, 2011. P. 319-327.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS; AND CRIME. **World Drug Report 2016**. (United Nations Publication, Sales n°. E. 16.XI.7).

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE MENTAL PARA OS ENFERMEIROS DO TERRITÓRIO XAMBIOÁ DO MUNICIPIO DE PALMAS-TOCANTINS

SOCIAL REPRESENTATION OF MENTAL HEALTH FOR NURSES OF THE XAMBIOÁ TERRITORY OF PALMAS-TOCANTINS MUNICIPALITY

Jaqueline Luciano da Silva[1]
Msc. Leny Meire Correia Molinari[2]
[2] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

RESUMO

Este artigo teve como tema “Representação Social da saúde mental para os enfermeiros do território Xambioá do município de Palmas-Tocantins”. O objetivo deste trabalho foi conhecer as representações sociais do conceito de “saúde mental” para os enfermeiros do território Xambioá do município de Palmas-TO. Para atingir o objetivo proposto utilizou-se como metodologia a pesquisa qualitativa. O estudo foi realizado no Território de Saúde Xambioá, do município de Palmas, estado do Tocantins. Quanto ao universo/amostra da pesquisa, o mesmo foi composto pelos enfermeiros dos três Centros de Saúde da Comunidade (CSC). Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturados com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa demonstrou que a representação social dos enfermeiros no que diz respeito a definição de saúde mental, é que os profissionais vêem essa definição como uma qualidade de vida ao paciente que envolve bem estar social, físico e psicológico. Acredita-se que este estudo trouxe anseios para realização de outras pesquisas que contribuam para o compromisso ético e solidário de todos os envolvidos com a organização da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)

Palavras-chave: Saúde Mental. Enfermeiros. Representação Social. Território Xambioá.

ABSTRACT

This article had the theme "Social representation of mental health for the nurses of the Xambioá territory of the municipality of Palmas-Tocantins". The objective of this work was to know the social representations of the concept of "mental health" for the nurses of the Xambioá territory of the municipality of Palmas-TO. In order to reach the proposed objective, qualitative research was used as methodology. The study was carried out in the Xambioá Health Territory, in the municipality of Palmas, state of Tocantins. As for the universe / sample of the research, it was composed by the nurses of the three Community Health Centers (CSC). For the data collection a semi-structured questionnaire was used with open and closed questions. The research showed that the social representation of nurses with regard to the definition of mental health, is that professionals see this definition as a quality of life for the patient that involves social, physical and psychological well-being. It is believed that this study has raised hopes for other research that contributes to the ethical commitment and solidarity of all those involved with the RAPS organization.

Keywords: Mental Health. Nurses. Social Representation. Territory Xambioá.

INTRODUÇÃO

A saúde brasileira foi marcado por transformação significativas a partir das décadas de 1980 e 1990, uma vez que assistiu-se nesses períodos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, e sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. Foi um período marcado por novos contextos, onde a saúde passa a ser vista de forma diferente, ou seja, abandou o prisma das condições básicas de vida como alimentação, habitação, trabalho, entre outros, mas também, com direitos ligados ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, a fim de garantir qualidade de vida às pessoas. Todas estas mudanças na saúde brasileira foram primordiais para o fortalecimento do movimento de luta antimanicomial, com transformações efetivas na área da saúde mental[1].

O processo de desinstitucionalização foi organizado a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Onde este movimento trouxe uma formulação

critica e prática, com objetivos e estratégias pautados no estabelecimento de novas relações e novas situações que produzam novos sujeitos e com a finalidade de garantir a cidadania às pessoas em sofrimento mental. As principais ideias desta nova proposta foram inspirado no movimento conhecido como *Psiquiatria Democrática*, liderado por Franco Baságlia, precursor das grandes mudanças nas políticas de saúde mental italiana, pelo fato de abrir as portas do manicômio, rompendo com a psiquiatria vigente e mostrando ser possível tratar sem excluir[2].

A promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, efetivou o novo paradigma da pessoa em sofrimento mental como sujeito de sua vida e cidadão diante da sociedade. Esse período marcou a saúde mental, uma vez que estabeleceu a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades e práticas assistenciais. Atualmente a política nacional de saúde mental apóia a atenção à saúde mental em serviços abertos e de base comunitária. Isto é, garante a livre circulação das pessoas em sofrimento mental pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe[3].

Novos olhares, novas práticas e saberes precisam estar direcionados à pessoa em sofrimento mental fora do ambiente hospitalar. A “loucura” passa a ser discutida fora dos muros, ou seja, no seu território, dentro do seu convívio social; o “louco” passa a ser visto como cidadão, sendo este o maior objetivo da luta pela reforma psiquiátrica.

O conceito de território neste modelo de cuidado vai além da simples delimitação geográfica, mas considera o espaço formado pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e cenários. A política de atenção à saúde mental privilegia o território como espaço de construção de ações inovadoras, onde a família é um eixo condutor de inclusão e convívio social. A família se insere como colaboradora nas práticas de saúde mental, conhecidas como práticas de reabilitação psicossocial, que se mostram como um recurso singular e fundamental para que os serviços substitutivos viabilizem propostas de cuidado alicerçadas na desinstitucionalização[4].

A partir da mudança do modelo centrado no hospital para a criação de serviços territoriais abertos, houve o encontro entre a saúde mental e a atenção básica. Entre os objetivos comuns dessas duas áreas de cuidado, destacam-se o atendimento territorializado, a participação da família no cuidado, a priorização do

acolhimento e da escuta aos usuários, oferecendo-lhes um atendimento integral nas suas necessidades de saúde[5].

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) ganha espaço no trabalho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por situar-se mais próximo dos usuários, das famílias e das redes sociais, contribuindo na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sociossanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, entre outras[6].

A estruturação da RASM é fundamental no processo de inclusão das pessoas com transtorno psíquico. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território, sendo fundamental que todas as organizações sanitárias sejam comprometidas e estabeleçam, com prioridades, as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade[7].

Outrossim, as crenças, informações e comunicações trazem as representações que repercutem na prática profissional, na inserção social, bem como na forma de aderir ao novo modelo de atenção à saúde mental, com a reforma psiquiátrica e com a inserção dos serviços substitutivos. Partindo dessa perspectiva, Moscovici propõe que a relação estabelecida entre indivíduo e objeto determina o objeto em si[8].

Dessa maneira, a Teoria das Representações Sociais (TRS) permeia todo esse estudo, visto que as práticas profissionais de saúde ganham sentido e contexto como ações intencionais, institucionalmente localizadas e socialmente determinadas. Considera-se que as representações sociais não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, contribuindo para o direcionamento das práticas[9].

Sendo assim, percebe-se que é de suma importância conhecer como é entendida a saúde mental na contemporaneidade e a cultura social na qual esses profissionais estão inseridos, já que as ações de assistência à saúde mental ofertadas neste território são executadas através das Equipes de Saúde da Família. E adequá-los ao novo sistema de atendimento.

O presente estudo se propôs a conhecer as representações sociais do conceito de “saúde mental” para os enfermeiros do território Xambioá do município de Palmas -TO.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa que de acordo com Lakatos e Marconi[10] que se remete a descrever um tipo de investigação voltada para os aspecto qualitativos de uma determinada questão. Considera a parte subjetiva do problema. Isto significa que ela é capaz de identificar e analisar dados que não podem ser mensurados numericamente, ou seja, colocar os significados das relações humanas privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando a interpretação dos dados.

Sendo assim, usou-se a análise do conteúdo para categorizar o discurso o qual foi coletado, conforme definido por Bardin[11] como uma análise que não deixa de ser uma análise de significados, pois se ocupa de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação e que por meio de um questionário semi-estruturado possibilita conhecer a representação social do conceito de saúde mental para os enfermeiros do território Xambioá.

O estudo foi realizado no Território de Saúde Xambioá, do município de Palmas, estado do Tocantins. Território criado através da Portaria 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Esta Portaria institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS) como forma de organização do sistema municipal de saúde, que passa a ter como características definidoras o arranjo poliárquico.

O trabalho em equipe, a coordenação e longitudinalidade do cuidado, o uso intensivo da tecnologia de informação, o intercâmbio e a cooperação entre os diversos pontos de atenção à saúde, público ou credenciado, buscando garantir a integralidade do cuidado[12]. A RAVS-PALMAS está organizada em 8 divisões territoriais de saúde, sendo estas: Território de Saúde Canela; Território de Saúde Apinajé; Território de Saúde Xambioá; Território de Saúde Krahô; Território de Saúde Karajá; Território de Saúde Javaé; Território de Saúde Xerente e o Território Especial de Saúde Pankararú.

O Art. 6º desta portaria determina que as Unidades de Saúde da Família da gestão municipal do SUS passam a ser denominadas Centro de Saúde da Comunidade (CSC) seguidas de suas denominações vigentes. Sendo assim, o objeto de estudo foi o Território Xambioá onde este é formado pela CSC 403 Sul

Francisco Junio, CSC 712 Sul e CSC 806 Sul, onde o Centro de Saúde da Comunidade 403 Sul é composto por três equipes de saúde e três enfermeiros; o Centro de Saúde da Comunidade 712 Sul possui quatro equipes com dois enfermeiros preceptores e quatro enfermeiros residentes; o Centro de Saúde da Comunidade 806 Sul possui três equipes de saúde e três enfermeiros.

Quanto ao universo/amostra da pesquisa, o mesmo foi composto pelos enfermeiros dos três Centros de Saúde da Comunidade, o que totaliza doze profissionais, incluindo preceptores e residentes, sendo que deste total apenas oito enfermeiros participaram da pesquisa, uma vez que quatro estavam de férias.

As variáveis pesquisadas foram: Reforma Psiquiátrica; Rede de Atenção em Saúde Mental; Necessidade de Saúde Mental; Representação social; Ação desenvolvida.

Antes de iniciar a coleta de dados, o presente projeto de pesquisa foi enviado para o comitê de ética, para que o mesmo passasse por aprovação, onde após a sua aprovação foi iniciado o processo de coleta de dados.

É importante destacar que todos os enfermeiros foram comunicados com antecedência de quinze dias a respeito da realização da pesquisa, onde foi explicado o tema da pesquisa. Durante a aplicação dos questionários foram evitadas as interferências no andamento do serviço.

O questionário foi aplicado individualmente com intuito de evitar interferências nas respostas em horários pré-agendados para cada profissional, onde não houve interferência na escolha do horário, uma vez que a preservação do andamento do serviço é algo que foi trabalhado cuidadosamente. O questionário foi respondido à mão pelo enfermeiro.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturados com perguntas abertas e fechadas.

Os dados foram processados no programa *Word*, versão 2007 e logo após foram analisados pela pesquisadora, onde o resultado desta análise foi convertido em um relatório e suas informações foram interpretadas e convertidas em forma de texto, tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Dentre os 12 enfermeiros elegíveis para o critérios de inclusão foram entrevistados 8 participantes. Não foram localizadas 4 enfermeiros, por estarem de

férias compulsórias autorizadas sem aviso prévio, o que contribuiu para o desfalque da quantidade de dados coletados dos enfermeiros do Centro de Saúde da Comunidade (CSC).

A idade dos enfermeiros variou entre 25 a 54 anos, o sexo que mais prevaleceu foi o feminino (63%) ficando o masculino com 37%, conforme demonstra a Tabela 1.

O tempo de atuação profissional variou entre 2 a 27 anos, sendo que o tempo de trabalho no Centro de Saúde da Comunidade (CSC) variou de 1 ano e 5 meses até 27 anos .

Quanto ao regime de trabalho, o estatutário foi o que mais prevaleceu ficando com 75% e a residência com 25%, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Procurou-se identificar se o profissional possuía outro vinculo empregatício, onde percebeu-se que 100% dos enfermeiros trabalham somente no Centro de Saúde da Comunidade (CSC), onde todos afirmaram não possuir especialização na área de saúde mental.

Buscou-se identificar junto aos enfermeiros a sua percepção quanto a definição de saúde mental, onde obteve-se as seguintes respostas: Enfermeiro 1: “É o bem estar social, espiritual e mental do individuo”. Enfermeiro 2: “é o bem estar do seu lado psicológico em relação ao corpo e a auto-estima”. Enfermeiro3: “Saúde física, emocional, financeira e pessoal”. Enfermeiro 4: “É o estado da mente, corpo, meio social”. Enfermeiro 5: “Cuidados com pacientes que de alguma forma tem um problema psiquiátrico”. Enfermeiro 6: “O bem estar psíquico, o bom convívio com o coletivo”. Enfermeiro 7: “É uma condição psíquica ou psicológica saudável, onde o ser humano é influenciado pelo meio em que vive e as situações ou condições que esta submetido”. Enfermeiro 8: “Ramo do cuidado que exerce um olhar/cuidado mais apurado com foco na humanização e insistência na resiliência por se tratarem de doenças crônicas”.

Quanto a Reforma Psiquiátrica, procurou-se identificar o que os profissionais pensavam a respeito e foi solicitado que citasse cinco palavras que a descrevesse. As palavras mais citadas foram: manicômio, loucura, psicotrópicos, luta, CAPS, liberdade, inclusão social, mudança de atitude, auto-estima, inovação, humanização, acesso ao tratamento, diminuição do preconceito, aceitação, respeito.

Quanto a Rede de Atenção em Saúde Mental, os enfermeiros citaram: empoderamento, matriciamento, terapêutica, luta, descentralização, CAPS,

manicômio, Atenção Básica, equipe multiprofissional, equipe intersetorial, Samu, HGP, policia, ambulatório, psiquiatria infantil.

Buscou-se saber como os enfermeiros identificam as necessidades de saúde mental da população do território de abrangência. Enfermeiro 1: “ACS, Compartilhamento nas reuniões de equipe e demanda espontânea”. Enfermeiro 2: “Aumentar a estrutura física e recursos humanos do CAPS para conseguir acolher mais usuários”. Enfermeiro 3: “Reuniões com os ACS, demanda espontânea”. Enfermeiro 4: “Acolhimento, ACS”. Enfermeiro 5: “Acolhimento, visitas domiciliares, demanda espontânea, ACS”. Enfermeiro 6: “Visitas domiciliares, acolhimento, ACS”. Enfermeiro 7: “Acolhimento, ACS, atendimento continuo”. Enfermeiro 8: “Demanda espontânea, ACS”.

Quanto a existência de algum tipo de ação desenvolvida para atender as necessidades de saúde mental da população, 50% dos enfermeiros afirmaram não existir nenhuma ação e os outros 50% afirmaram que existe ações e citaram como principais: residentes em saúde mental, psicólogos, visitas, discussão dos casos, matriciamento, grupo cuidando do cuidador, ambulatório.

Foi perguntado aos enfermeiros se as ações existentes são suficientes para o enfrentamento da saúde mental em seu território, onde a grande maioria (75%) consideram que as ações existentes não são suficientes, conforme demonstrado no Gráfico 2. Foi solicitado que os profissionais sugerissem qual ou quais ações deveriam ser implantadas ou implementadas, onde as mais citadas foram: realizar levantamento de pacientes que necessitam de acompanhamento psiquiátrico, realizar estudo de caso ou grupo especifico, verificar qual a área com maior vulnerabilidade social a saúde mental e a mais afetada, melhorar o matriciamento e o apoio social, criar grupo de prática integrativa para assistir a população, maior integração com o CAPS, contratar mais psicólogos, criar fluxograma de acolhimento para inserção na rede, melhorar as discussões do manejo clínico multiprofissional.

Buscou-se identificar a percepção do enfermeiro a respeito da rede de atenção à saúde mental da sua CSC, onde verificou-se que os profissionais veem como uma rede fragilizada com relação a comunicação multiprofissional, fragmentada por não existir fluxo de atendimento para os clientes de saúde mental, fragilizada por não existir capacitação e acolhimento com todos os funcionários, necessidade de ampliação da rede.

Quanto ao papel do enfermeiro frente ao paciente com problemas mentais, o mais citado foi: conhecer o paciente e sua família, conhecer sua medicação, acolher, realizar visitas domiciliares, ser condutor da equipe no planejamento da terapêutica e manejo do pacientes.

DISCUSSÃO

Na pesquisa foi possível constatar que os enfermeiros que laboram nos Centro de Saúde da Comunidade (CSC) do Território Xambioa de Palmas está compreendida entre a faixa etária dos 25 aos 54 anos e que o sexo feminino é o que mais se sobressaiu nesta profissão. Estes dados remetem à questão histórica da assistência à saúde direcionada à representação da mulher, onde esta é vista socialmente como aquela que exerce o papel de cuidadora diante da sociedade. Maciel et al[2], ao transporem a reflexão para o trabalho da enfermagem, depararam-se com a fragilidade da argumentação da relação “cuidado - ação feminina” e da “relação de serviço” como características constitutivas da inclinação das mulheres para setores na área da saúde. Quanto a faixa etária encontrada na pesquisa, pode-se afirmar que esses profissionais são considerados adultos jovens.

Em relação ao tempo de atuação na equipe atual, foi possível verificar que alguns profissionais possuem menos de cinco anos de atuação, o que traz como reflexão de que haja uma grande rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família. Segundo Rocha[4] o vínculo que deve ser criado entre profissionais e comunidade muitas vezes é desfeito, sem falar na precarização do trabalho dos profissionais de saúde.

Analisando os vínculo de trabalho, verificou-se que o regime estatutário (concursado) foi o que mais prevaleceu, o que leva a pensar que apesar dos profissionais serem efetivos, ainda é grande a rotatividade de profissionais dentro do Centro de Saúde da Comunidade (CSC) e isto talvez se explique devido a grande demanda que o município tem de profissionais para atuarem nos serviços que funcionam 24hs/dia, como é o caso do SAMU e da UPA, embora os enfermeiros tenham afirmado não possuir um segundo vínculo empregatício.

Quanto a representação social dos enfermeiros no que diz respeito a definição de saúde mental, pode-se dizer que os profissionais veem essa definição como uma qualidade de vida ao paciente que envolve bem estar social, físico e psicológico. As respostas levam a conclusão de que a representação social da

maioria destes enfermeiros concorda com a política atual de saúde mental, uma vez que uma parcela destes profissionais, ou seja, aqueles que possuem idade de 43 anos a mais e tempo de atuação superior a 15 anos, por terem ouvido e até mesmo vivenciado a luta dos movimentos sociais contra o modelo hospitalocêntrico que as pessoas em sofrimento mental eram submetidas, propiciando que atualmente vejam e reflitam a reforma psiquiátrica como uma mudança positiva na área de saúde mental.

Estas definições vão de encontro ao que é colocado por Pereira; Teixeira[5] quando os autores colocam que a saúde mental abrange a dimensão psíquica, biológica, social e cultural e sua influência é tão ampla que se reconhece que não há saúde sem saúde mental.

E isto indica que os mesmos conhecem e praticam a atual política pública, já que a Reforma Psiquiátrica é vista pelos profissionais como um abandono aos manicômios com ações de saúde que têm como principal apoiador o CAPS, ao qual desenvolve ações de saúde humanizadas que buscam a inclusão social e a elevação da auto-estima do paciente. A visão destes profissionais vai de encontro ao colocado por Souza et al.[1], que descreve a Reforma Psiquiátrica, como aquela caracterizada pelo trabalho em equipe multidisciplinar e uso de diferentes recursos terapêuticos; enfatizando a reinserção social do indivíduo, investindo no trabalho com a família e com a comunidade e incentivando o uso de dispositivos extra-hospitalares.

A partir dos depoimentos dos atores sociais, verificou-se que a reforma psiquiátrica é compreendida como algo positivo, um processo de construção do novo sentido de cuidado em saúde mental pautado na desinstitucionalização e inclusão. Nestas representações sociais, a assistência passa a ser visualizada não mais como limitada ao hospital psiquiátrico, mas sendo garantida através do acesso ao atendimento integral, com possibilidade de novas abordagens por outros serviços, família e profissionais.

Neste caso, a maioria das respostas remete a nova representação social, ou seja, aquela que está em vigência que apresenta a humanização como foco do trabalho em saúde e o conhecimento técnico-científico como um saber partilhado por esses profissionais. Dessa maneira, a CSC constitui-se um espaço privilegiado para o acolhimento das necessidades de saúde mental, com intervenções que rompem o modelo manicomial e favorece a atenção psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial, segundo os enfermeiros é representada pelo empoderamento, matriciamento, terapêutica, luta, descentralização, CAPS, manicômio, Atenção Básica, equipe multiprofissional, equipe intersetorial, Samu, HGP, policia, ambulatório, psiquiatria infantil. Em uma pesquisa realizada por Martins; Siqueira[7] a Rede de Atenção à Saúde Mental representa uma parte do SUS composta por serviços (PSF, CAPS, ambulatório de Saúde Mental, hospitais, entre outros), que ampliam o acesso das pessoas em sofrimento mental a outros benefícios existentes, principalmente a uma equipe de profissionais qualificados em saúde mental.

A representação social encontrada na maioria das respostas nos remete a verificar que a visão dos profissionais está voltada à nova política, porém encontram dificuldades no sentido de organizações estruturais e operacionais no aspecto da gestão dos serviços de saúde. Os profissionais vêem a falta de concretização da RAPS por problemas de gestão na saúde. Para os profissionais, entre as ações assistenciais, estão inseridas atividades de coordenação e planejamento, possibilitando que eles sintam as dificuldades das suas ações mais gerenciais. A estrutura e desenho da rede é considerada boa pelos profissionais, ficando a desejar a parte de gestão, onde está deveria integrar toda a rede de maneira a ser mais imediata e resolutiva.

Os profissionais reconhecem que precisam articular as ações de saúde de cada serviço, tecer conexões tanto do seu trabalho quanto em ações executadas pelos outros serviços para garantir a continuidade da atenção prestada, pois os serviços de saúde se organizam em níveis de atenção na busca de garantir a resolubilidade de problemas de saúde da população. Na representação social dos profissionais de saúde insere-se não somente encaminhar e referenciar os usuários; é preciso compartilhar, trocar as experiências dentro de uma rede de serviços. Nessa perspectiva, a integralidade busca orientar as práticas de saúde, organizar o trabalho e a relação com outros serviços.

Quanto a visão dos profissionais a respeito da necessidades de saúde mental da população do seu território de abrangência, verificou-se que os enfermeiros identificam estas necessidades, na sua grande maioria através dos ACS, demanda espontânea e das visitas domiciliares. O que se percebe é que as demandas de saúde mental são identificadas na rotina do Centro de Saúde da Comunidade, não

existindo nada de novo que venha agregar um ato inovador para a identificação destas necessidades dentro território de abrangência de cada profissional.

Percebeu-se na fala de um dos profissionais que ainda falta no CSC uma atenção mais direcionada à saúde mental, principalmente para que os profissionais que não se sentem engajados no trabalho em rede.

A ESF está mais próxima dos usuários, dos familiares e da comunidade, ou seja, do convívio social dos sujeitos. A forma de territorialização permite a atuação da equipe em um espaço concreto, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação através da relação usuário, família e equipe[4].

No tangente às ações desenvolvidas para atender as necessidades de saúde mental da população, percebeu-se que estas ainda encontram-se insuficientes por parte dos profissionais pesquisados, onde o pensamento destes profissionais ancora-se no sentimento de falta de apoio para garantir a oferta de serviços e cuidado de acordo com as reais necessidades da população. As falas demandam duas reflexões sobre a CSC na rede de atenção psicossocial: demonstra por um lado o compromisso e preocupação com a qualidade do cuidado em saúde mental que é oferecido à população, e, por outro lado, revela a desestruturação da organização dos serviços em rede.

No caso estes resultados indicam que há conhecimento da política pública e dos serviços oferecidos, porém a desestruturação da organização dos serviços em rede vem prejudicando a assistência ofertada.

Rede não é o simples ajuntamento de serviços, requer a adoção de elementos que dêem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos. É preciso garantir uma organicidade à rede com o fim de potencializar seus recursos[2].

É bem verdade que um outro grupo de profissionais afirmaram que existem ações como: residentes, psicólogos, visitas, discussão dos casos, matriciamento, grupo cuidando do cuidador, ambulatório.

Os conhecimentos compartilhados no cotidiano dos serviços de saúde pelos profissionais e a relação entre o senso comum e o saber técnico-profissional indica que as representações sociais deste grupo, determina as ações de cuidado e de promoção da saúde no âmbito da saúde mental[6] referindo conhecimento e domínio técnico e teórico da atual política pública.

A respeito das ações existentes, verificou-se que a maioria dos profissionais (75%) consideram insuficientes, e sugeriram a implementação destas através de: realizar levantamento de pacientes que necessitam de acompanhamento psiquiátrico, realizar estudo de caso ou grupo especifico, verificar qual a área com maior vulnerabilidade social a saúde mental e a mais afetada, melhorar o matriciamento e o apoio social, criar grupo de pratica integrativa para assistir a população, maior integração com o CAPS, contratar mais psicólogos, criar fluxograma de acolhimento para inserção na rede, melhorar as discussões do manejo clínico multiprofissional.

Frente a este diagnóstico, verifica-se que trabalhar a rede de atenção à saúde é algo complexo, que exige dos profissionais, da gestão e da população a implementação de estratégias que vão além do atendimento e do ser atendido, abarca um conceito ampliado de integralidade do cuidado. Os profissionais de saúde do CSC perceberam que ainda falta algo para se concretizar a atenção psicossocial.

Para Santos; Dias[8] as mudanças proporcionadas com a reestruturação da assistência psiquiátrica requerem que os serviços estejam inseridos numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer uma continuidade de cuidados.

A percepção do enfermeiro a respeito da rede de atenção psicossocial da sua CSC, é vista pelos profissionais como uma rede fragilizada com relação a comunicação multiprofissional, fragmentada por não existir fluxo de atendimento para os clientes de saúde mental, fragilizada por não existir capacitação e acolhimento com todos os funcionários, e veem ainda uma grande necessidade de ampliação da rede.

Martins; Siqueira[7] em seu estudo,identificaram que a RAPS é um dos aspectos que apresenta mais fragilidade no contexto da reforma, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutiva, em que o trânsito de usuários seja facilitado e estes sejam acolhidos em suas diferentes demandas.

Os participantes da pesquisa expressaram exatamente o que é proposto quando se trabalha em rede, estabelecer comunicações, elos e vínculos para facilitar as “idas e vindas” dos usuários dentro do sistema. Para eles as ações não devem limitar somente ao CSC, mas garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade, se assim for preciso, no intuito de dar resolubilidade às necessidades dos usuários.

Através da realização desta pesquisa espera-se contribuir para discussões com todos os autores envolvidos no processo de fortalecimento da RAPS, como gestores, profissionais, docentes da universidade, usuários e familiares, para o estabelecimento de trocas de saberes e práticas para articulação da RAPS, contribuindo para um matriciamento direcionado ao desenvolvimento de tópicos no intuito de diminuir a dicotomia entre conceito e ações de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento do sofrimento mental.

Por fim, acredita-se que este estudo trouxe anseios para realização de outras pesquisas que contribuam para o compromisso ético e solidário de todos os envolvidos com a organização da RAPS. Embora ainda haja um grande caminho a ser percorrido, pode-se afirmar que são incontestáveis os avanços obtidos de acordo aos pressupostos da reforma psiquiátrica, na certeza de que todos os cidadãos têm direito de vivenciar a saúde como bem essencial à sua própria condição humana.

REFERÊNCIAS

1 Sousa PF et al. Atitudes e representações em saúde mental: um estudo com universitários. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 21, n. 3, p. 527-538, set./dez. 2016. [Acesso em Fev 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pusf/v21n3/2175-3563-pusf-21-03-00527.pdf

2 Maciel SC et al. Representações sociais de familiares a cerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia** - 2011, Vol. 19, no 1, 193 – 204.

3 Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216** de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Brasília-DF: Diário Oficial da União. 2001.

4 Rocha RF. Representações sociais da saúde mental. **R. Eletr. Cient. Inov. Tecnol., Medianeira**, v. 2, n. 14, p. 95-113, jul./dez. 2016. [Acesso em Fev. 2018]. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/4298-21140-1-PB.pdf

5 Pereira AC, Teixeira ES. Representações sociais sobre saúde mental: crenças e teorias que determinam condutas. II Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas – II CONAPE Francisco Beltrão/PR, 02, 03 e 04 de outubro de 2013. [Acesso em Fev. 2018]. Disponível em: http://cac-php.unioeste.br/eventos/conape/anais/ii_conape/Arquivos/medicina/Artigo1_9.pdf

6 Serafim RCN et al. Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. Psicologia,Saúde & Doenças, 2017, 18(1), 221-233 [Acesso em Fev. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n1/v18n1a18.pdf

7 Martins A, Siqueira J. Representações sociais da saúde e doença mental: um estudo qualitativo com profissionais de saúde mental. Psychologica Volume 59 Nº 2, 2016. [Acesso em Fev. 2018]. Disponível em: https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/41361/1/Representacoes%20sociais%20da%20saude%20e%20doenca%20mental.pdf

8 Santos GT, Dias JMB. Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. Macapá, v. 8, n. 1, p. 173-187, jan.-jun. 2015. [Acesso em Fev 2018]. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1416-7098-1-PB.pdf

9 Peres GM et al. Representações sociais do louco/loucura para estudantes de nível fundamental. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.2, p.96-103,

2012. [Acesso em Fev. 2018]. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1487-6246-1-PB.pdf

10 Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia cientifica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

11 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p. **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. [Acesso em ago de 2017]. Disponível em http://www.reveduc.ufscar.br

12 SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Prédio Administrativo. 2016

TABELA

Tabela 1 – Demonstração dos enfermeiros pesquisados segundo a idade e o sexo, Palmas/TO, 2018.

Variáveis	**N** **(8)**	**%** **(100)**
Sexo		
Masculino	3	37
Feminino	5	63
Idade		
De 20 a 25 anos	2	25
De 26 a 31 anos	1	12
De 32 a 37 anos	1	12
De 38 a 43 anos	1	13
De 44 a 49 anos	2	25
De 50 a 55 anos	1	13

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Demonstração dos enfermeiros segundo o regime de trabalho, Palmas/TO, 2018

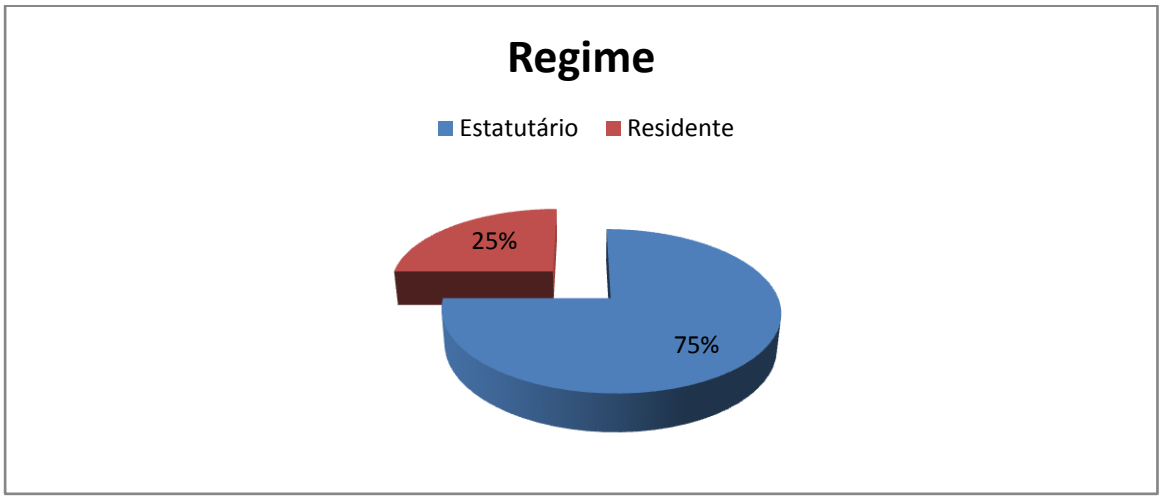


Gráfico 2 – Demonstração dos enfermeiros segundo a consideração quanto a visão de agrado das ações existentes para o enfrentamento da saúde mental em seu território, Palmas/TO, 2018

MANEJO DA CRISE PSIQUIÁTRICA EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PALMAS-TO

Joicy Princeza de Portugal [1]

Domingos de Oliveira [2]

RESUMO

Percebe-se que o tema saúde mental e a crise psiquiátrica, ainda é bem temido para alguns profissionais e, muitos enfrentam dificuldades no manejo adequado da mesma. Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi descrever as ações de assistência em saúde metal no momento da crise psiquiátrica por profissionais que atuam em um Centro de Saúde da Comunidade de Palmas. Para tanto, realizou-se um estudo de caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti– quali, com aplicação de um questionário semiestruturado onde a população amostra foi composta por 20 profissionais, que atuam no centro de saúde da comunidade da 406 norte na cidade de Palmas-TO. Verificou se que os profissionais entrevistados não estão preparados para atuar em crises psiquiátricas, e que esse fator pode ser atenuante devido a baixas capacitações sobre saúde mental na atenção básica. Esperamos que esta pesquisa contribua para o aprimoramento de uma assistência de qualidade como também para empoderar os trabalhadores da atenção básica sobre a atuação adequada no momento da crise psiquiátrica para pessoas com transtornos psíquicos.

Descritores: saúde mental; crise psiquiátrica; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

It is identified that the subject of mental health and the psychiatric crisis, is still feared for some professionals and many still face difficulties in your proper handling. Therefore, the objective of this research was to describe the actions of assistance in metal health at the time of the psychiatric crisis by professionals working at a Community Health Center in Palmas. An exploratory and

[1] Enfermeira, Residente em Saúde Mental, Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA)/ Fundação Escola de Saúde Pública (FESP – TO), E-mail: joicyprincesa@hotmail.com;
[2] Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Secretária de Saúde do Estado do Tocantins.

descriptive study with a quantitative-qualitative approach was carried out with the application of a semi-structured questionnaire in which the sample population was composed of 20 professionals who work in the health center of the community of 406 north in the city of Palmas -TO. It was verified that the professionals interviewed are not prepared to act in psychiatric crises, that this factor can be attenuating due to low capacities on mental health in basic care. We hope that this research contributes to the improvement of quality care as well as to empower basic care workers about the appropriate performance at the time of the psychiatric crisis for people with psychiatric disorders.

Keywords: mental health; psychiatric crisis; primary health care.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira se consolida cotidianamente com a inclusão e realização de ações voltadas para a saúde mental nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) nas unidades básicas de saúde, nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e em outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) encontrados na comunidade e território que utilizam estratégias visando a desinstitucionalização e a inclusão social desses usuários, realizando atividades que beneficiem pessoas com algum transtorno mental e/ou uso de substâncias psicoativas. (RYCHETA et. al, 2011)

Os avanços significativos da reforma psiquiátrica no Brasil ocorreram a partir do ano de 2001 com a promulgação da lei nº 10.216/2001 que emerge pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, movimentos sociais, movimento de familiares e de pessoas com transtornos psiquiátricos contra o sistema manicomial existentes até a década de 80, tendo ganhado grande força a partir da redemocratização do país e com a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo que este marco da início da construção de um cotidiano nas instituições de saúde e sociedade de como lidar com pessoas portadoras de transtornos mentais sem a exclusão social (PITTA, 2011).

Diante desta nova política de saúde mental, o atendimento aos portadores com quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, deve ser prestado por todos os serviços, sendo que a portas de entradas do SUS deve ser a atenção básica, ou seja, pelo conjunto das unidades básicas de saúde e suas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), por unidades de atendimento pré-hospitalares fixas e móveis, possibilitando a resolução dos problemas de saúde dos pacientes (BRASIL, 2001).

Neste sentido, os Centro De Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto ordenadores das ações de saúde mental devem se articular com a ESF e acompanhar concomitantemente os casos, visto que, o ideal é que os usuários permaneçam no território. Na luz desses fatores ocorrem os apoios matriciais, compartilhando informações territoriais das demandas clínicas e ampliando o potencial resolutivo dos casos de saúde mental (PINTO, 2011).

A consolidação e o aprimoramento de saúde mental na atenção básica requerer um saber e um fazer que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde (BRASIL, 2013). Contudo, ainda existem entraves para atender usuários com transtornos psíquicos no momento específico de crises na ESF, estratégias como capacitações, educação permanente e oferta de conhecimento acerca da temática pode ser uma alternativa para sanar tal problemática (CAIXETA,2008).

Para tanto, esta pesquisa objetivou-se a descrever como se desenvolvem as ações de assistência em saúde metal no momento da crise psiquiátrica pelos profissionais que atuam em uma determinada equipe da ESF do Município de Palmas Tocantins, assim como suas dificuldades e impressões.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti–qualitativa. No estudo descritivo são observados os fatos, onde este serão registrados, analisados, classificados e interpretados sem nenhuma interferência do pesquisador, utilizando-se de técnicas para coletas de dados como o questionário, por exemplo. No que se refere ao estudo qualitativo, este descreve as informações obtidas de caráter subjetivo, onde serão analisados individualmente as experiências dos componentes da amostra. (RODRIGUES, 2007)

A população foi composta por profissionais que atuam no Centro de Saúde da Comunidade da 406 norte de Palmas/TO, incluindo: enfermeiros; médicos; agentes comunitários de saúde; técnicos em enfermagem; assistente social; fisioterapeuta; nutricionista; psicólogos; auxiliar de higiene bucal; odontólogos e auxiliar administrativo. Essa unidade é composta por 28 profissionais efetivos e 12 residentes totalizando 40 profissionais, desses 40, 20 aceitaram participar da pesquisa sendo que 12 eram residentes e 08 eram profissionais efetivos.

O estudo foi realizado nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, no Centro de Saúde da Comunidade 406 Norte.

Foram incluídos nesta pesquisa os profissionais que atuam no CSC 406 N que aceitaram participar deste estudo bem como após assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) proposto. Excluímos os profissionais que não concordaram em participar da pesquisa ou estiveram afastados por licença médica ou em gozo de férias.

Analisou-se as seguintes variáveis: Gênero, idade, função, tempo de atuação profissional, capacitação, sentimentos, dificuldades, facilidades, potencialidades, fatores geradores de conflitos, opinião, e categoria profissional.

O benefício desse estudo é contribuir para uma melhor assistência por parte dos profissionais para usuários com algum transtorno mental, bem como proporcionar conhecimento a estes profissionais acerca do tema. Devido ser um projeto com coleta de dados em fontes primárias os riscos são mínimos aos participantes, sendo o principal risco a exposição dos dados dos entrevistados no banco de dados, porém, será mantido anonimato de todos os envolvidos.

Os dados para a respectiva pesquisa foram coletados por meio de questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. Foi aplicado para 20 profissionais que atuam no Centro de Saúde da Comunidade 406 Norte, em um ambiente seguro e sem a presença de pessoas não envolvidas na pesquisa.

Durante a pesquisa, foi utilizado para análise dos dados o Programa Microsoft Excel, sendo que os dados foram agrupados por semelhança e analisados à luz da literatura pertinente. Posteriormente os dados foram transcritos para planilhas para melhor explanar os resultados.

Os resultados obtidos foram analisados inicialmente de forma manual e posteriormente compilados. Para melhor visualização, os mesmos foram distribuídos e apresentados através de gráficos e tabelas.

Segundo a Resolução 466/12, risco de uma pesquisa significa possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural, ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa. Assim sendo, essa pesquisa possui como principal objeto a serem investigados os próprios profissionais da saúde, tendo como riscos, danos psíquicos e ou culturais; possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CEULP/ULBRA (Parecer n° 2.519.522) bem como pela Fundação de Escola Pública de Palmas– TO (FESP). Após aprovação do referido projeto foi realizado a pesquisa. Garantimos ao entrevistado sigilo, anonimato dos dados coletados e retorno do resultado da pesquisa de acordo com Resolução

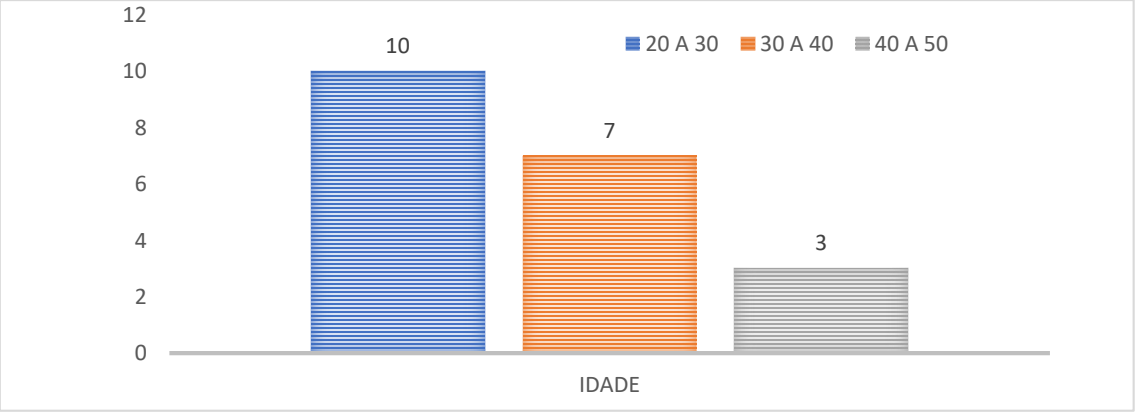
Conselho Nacional de Saúde (CNS) número 466/12 que preconiza pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2012)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Essa pesquisa foi realizada com a participação de 20 profissionais que atuam no centro de saúde da comunidade 406 norte, o questionário semiestruturado foi dividido em II blocos, sendo o bloco I de identificação e o bloco II de Avaliação do profissional, primeiro aplicamos o questionário piloto em um profissional e identificamos que algumas questões precisavam ser reelaboradas, qualificando as melhor, após esse, aplicamos o questionário que deu origem a pesquisa que será aqui apresentada.

Em se tratando do bloco I todos os 20 entrevistados eram do sexo feminino com a faixa etária que variou entre 20 a 50 anos, assim sendo a maior proporção de trabalhadores se concentrou no grupo de 20 a 30 anos. Este dado pode se referir ao fato da presença relevante de residentes no CSC devido o mesmo ser considerado como uma clínica escola.

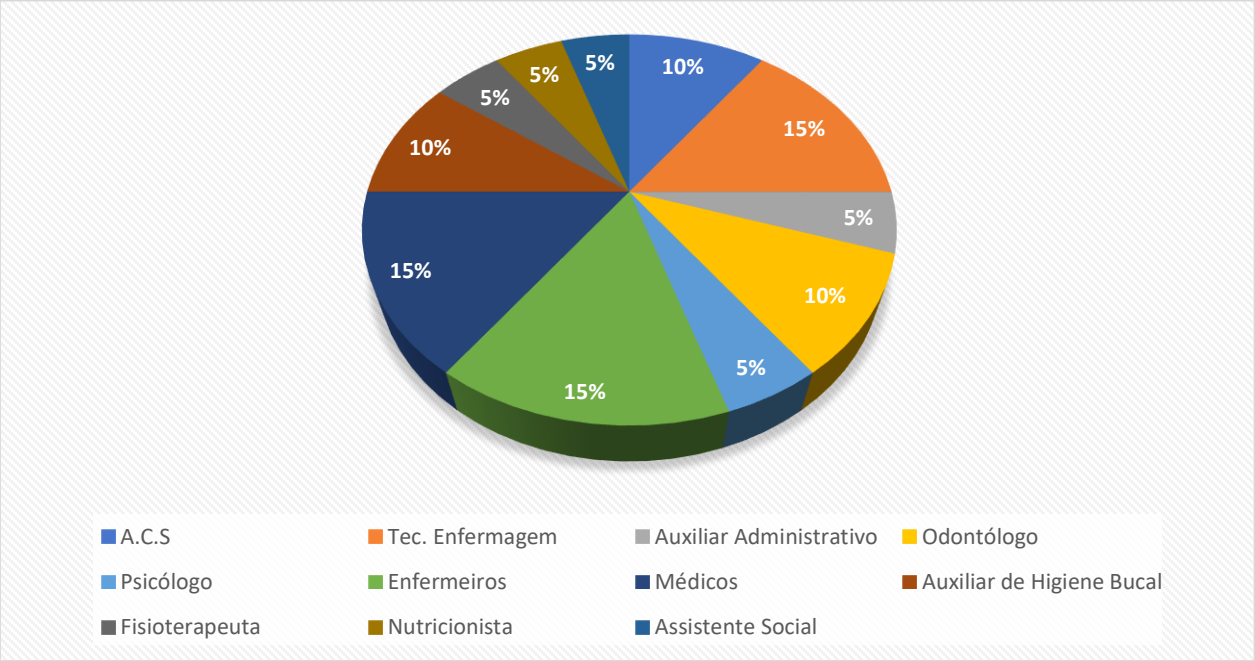
Figura 1.: Distribuição da faixa etária dos participantes entrevistados.



No que tange as categorias profissionais dos participantes temos o seguinte panorama descrito na figura II. Dentro do recorte dos 20 profissionais que aceitaram participar da pesquisa, pôde-se notar que foi possível ter uma abrangência multiprofissional capaz de trazer olhares de diversas categorias. Como já esperado, as categorias profissionais que mais tiveram participantes foram Médicos, Enfermeiros e Agente Comunitário de Saúde (ambos com 15%). A política Nacional de Atenção básica estabelece que as equipes devem ser compostas no mínimo por: médico; enfermeiro; auxiliar ou técnico de enfermagem; cirurgião dentista/ e auxiliar ou técnico

em saúde bucal (BRASIL, 2017). Nesta unidade além dos profissionais das equipes de saúde da família também conta com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), compondo a equipe multiprofissional.

Figura 2.: Descrição de categoria profissional que participou da pesquisa.



No bloco II sobre avaliação profissional, quando perguntados se desenvolvem algum trabalho voltado para a saúde mental no CSC 406 N, a grande maioria dos profissionais responderam que não desenvolviam (15 dos 20 participantes). Para Delfini (2012), os profissionais da atenção básica não desenvolvem atividades em saúde mental devido à rigidez na agenda; cobrança de produtividade; carência e alta rotatividade de profissionais além da falta de perfil de alguns profissionais da atenção básica para atuarem na saúde mental.

Fato corroborado por este estudo, ao serem questionados sobre ter afinidade com a temática saúde mental, metade dos participantes afirmaram não ter afinidades com a área. Para Tesser

(2012), o enfoque biomédico na APS centrado nos atendimentos médicos e de enfermagem permanecem latente. Porém profissionais da ESF possuem vínculos com os usuários o que facilitaria as parcerias solidárias, ou seja, a adesão e coorresponsabilização do tratamento, culminando em uma abordagem holística e ampliada. Esse fator poderia contribuir para uma abertura progressiva de interesse dos profissionais pela saúde mental. Alves (2013) afirma que as peculiaridades no campo de saúde mental decorrente da longa trajetória de exclusão social e segregação, são fatores que dificultam as abordagens dos profissionais, certos valores ainda continuam a ser reproduzidos pela sociedade e consequentemente por alguns trabalhadores da saúde.

Manejo de crise psiquiátrica

Para Hepp; Minozzo (2013), o momento da crise psiquiátrica pode ser configurado como um sofrimento intenso, ocasionando uma destruição individual ou coletiva. Numa perspectiva psicológica, pode ser manifestação súbita de uma ruptura de equilíbrio. Ou ainda ser percebido pela incapacidade de uma pessoa em resolver determinado problema, elevando a ansiedade contribuindo para a divergência entre pensamentos, emoções e comportamentos.

Neste estudo, a maioria dos participantes afirmaram não terem presenciado um momento de crise, contudo, àqueles que afirmaram ter presenciado tal momento, buscou-se compreender os sentimentos vivenciados e quais foram suas dificuldades. A falta de capacitação compareceu em algumas das respostas, por exemplo, um participante da categoria profissional de enfermagem respondeu “sim, tenho dificuldade no manejo, pois não tenho nenhum preparo para lidar com essa situação, não sabia a quem recorrer; senti medo e não sabia o que falar”.

Ainda nessa enseja, perguntamos se enfrentaram dificuldades em manejar os clientes no momento da crise psiquiátrica e como se sentiram diante dessa situação e obtivemos as seguintes respostas:

“Sim, enfrentei dificuldades, os pacientes não conseguem ouvir, só fala e gritam e às vezes ficam violentos”.

“ Sim, encontrei dificuldades, não me sinto capacitada para isso”;

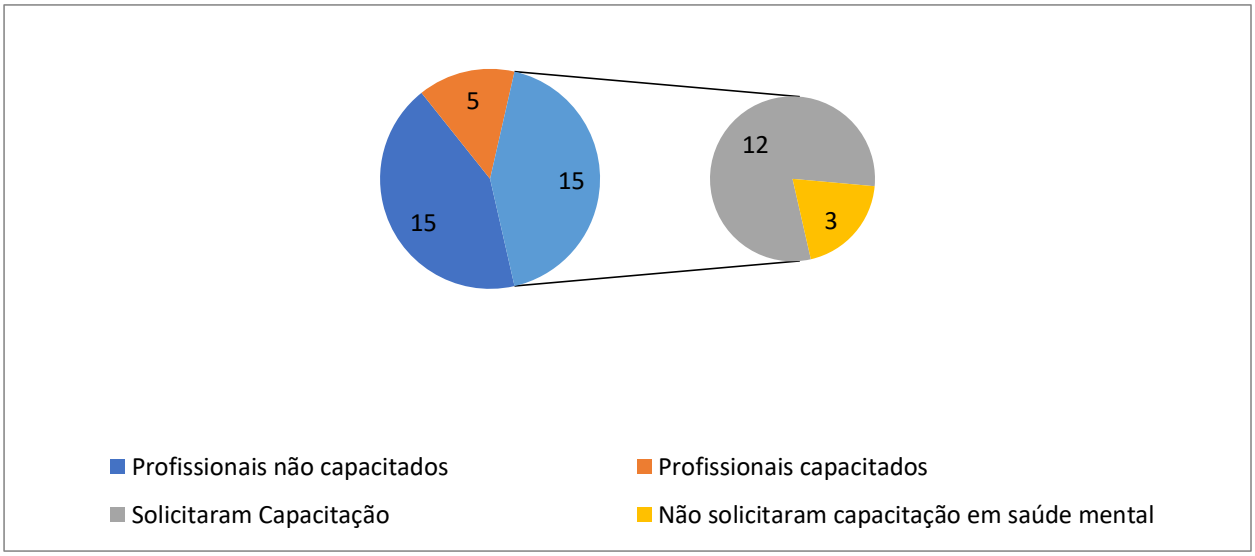
“Sim, tenho dificuldade na abordagem e no manejo, não me sinto segura com a conduta”.

Um profissional respondeu: “Não encontrei dificuldades, busquei ser o mais humano possível.

Bonfim et al. (2013) denota que houve avanços após a reforma psiquiátrica, porém ainda é notável a pouca integração entre atenção básica e saúde mental. É possível identificar na prática da atenção básica o pouco investimento em capacitações profissionais que envolvam a assistência em saúde mental, visto as demandas do serviço primário voltado a outras questões de saúde, assim como afirma Delfine (2012). O que justifica o receio e insegurança quando deparado com o usuário do serviço em crise, e vem de encontro com o relato de alguns profissionais ao afirmarem que "Me sinto bastante ansiosa diante de uma crise e com medo de ser agredida". Concordando com o que Caixeta (2008) disse: a falta de capacitação dos profissionais pode ser vista como um dos entraves para atender usuários com transtornos psíquicos e ou no momento específico de crises psiquiátricas na ESF.

No que tange o bloco de capacitação em saúde mental dos 20 profissionais entrevistados 5 receberam capacitação e 15 não receberam, sendo que desses, 3 não solicitaram e 12 solicitaram. Para Quinderé et al. (2013), quando trabalhadores da APS, não são capacitados para manejar casos de transtorno mental (T.M) pode se aumentar as chances de encaminhamentos e hospitalizações dificultando assim a articulação da rede de atenção psicossocial (RAPS).

Gráfico 3.: Capacitação em saúde mental dos profissionais pesquisados



A apresentação do gráfico demonstra o interesse dos profissionais em se capacitarem bem como, a disponibilidade da gestão em ofertar o treinamento adequado para atendimento ás pessoas com transtornos mentais e no momento de crise psiquiátrica, cabe perguntar por que essas capacitações não acontecem visto que é uma demanda dos próprios profissionais. Um estudo

realizado com Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais evidenciou que processos facilitadores para a realização dessas capacitações seriam: maior disponibilidade de material didático; mais recursos financeiros destinados a capacitação; criação de incentivos para que os profissionais participem dos cursos. (JUNQUEIRA, 2010)

No que se refere a apoio matricial nesta pesquisa, referenciamos que o Guia Prático de matriciamento descreve que apoio matricial é o modo de conduzir e produzir saúde em que duas ou mais equipes num processo de construção compartilhada, criam propostas de intervenção pedagógico terapêutico estruturados em equipes de referência e equipes de apoio matricial proporcionando retaguarda especializada de saúde mental. (BRASIL, 2011)

Nesse recorte, dos 20 profissionais entrevistados 11 responderam ter participado de matriciamento em saúde mental, Jorge (2014) Traz que a participação de profissionais em matriciamento se mostra como ferramenta importante na interlocução dá a saúde mental com a atenção básica, qualificando as equipes da ESF através da troca de experiência e saberes, e compartilhamento de informações dos pacientes de forma pedagógico/ terapêutica.

CONSIDERAÇÃO FINAL

Identificou se nesse estudo que a reforma psiquiátrica ainda é um desafio para ser consolidado a nível da atenção básica de saúde, para que atendimento de pacientes com transtornos mentais ocorra e se efetive de fato no território ou comunidade de vivencia desses clientes, existem alguns entraves que podem ser superados. Foi descrito que no CSC 406 N existem ações de saúde mental, porém não é realizada pela maioria dos entrevistados e alguns profissionais relataram nem ter conhecimento dessas atividades.

No que se refere as crises psiquiátricas, foi evidenciado que os profissionais que já presenciaram nesse centro de saúde esse momento, na sua maioria, não sabem como agir ou manejar, alguns até relatam ter medo e não se sentirem capazes para atuar e que se sentem mais seguros em encaminhar os casos. Dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais encontram se a falta de conhecimento em lidar com a crise e o receio com sua própria segurança.

Dentre as dificuldades encontradas para realizar este estudo, destacam se a escassez de artigos recentes que descrevam atendimento de crises na atenção básica, e esperamos que este possa contribuir para o desenvolvimento de práticas capazes de ajudar o cliente e o profissional em como agir no momento da crise.

Evidenciou se que nesse recorte pesquisado a maioria dos profissionais relatam não ter participado de capacitações em saúde mental, isso poderia ser um dos fatores contribuintes para a falta de conhecimento de como agir no momento da crise psiquiátrica. Sugere se realizações de Educação Permanente voltadas para a temática saúde mental e crises, e concomitantemente a criação de um fluxo local de atendimento em crise psiquiátrica na atenção básica de forma a envolver todos os profissionais. As relações interpessoais entre profissionais e usuários são vistas como eficazes no processo de melhorar adesão dos pacientes aos respectivos tratamentos, abordagens assistências que envolvem trabalhadores e clientes são capazes de produzir acolhimento aperfeiçoando as relações, esses momentos de cumplicidade e confiabilidade culminam em vínculos essenciais e capazes de diminuir estigmas e preconceitos que ainda permeiam a saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de vivenciar dois anos de conhecimento.

Aos meus filhos, os quais me deram força e apoio para prosseguir nessa caminhada.

Aos colegas e amigos que conheci e tive a honra de conviver durante esse período.

Aos preceptores e a todos que fizeram parte dessa etapa da minha carreira profissional.

Aos meus coorientadores: Ana Paula Cecco; Izalefa Feitoza; Cristiano Soares.

Ao mestre e Orientador Dr. Domingos de Oliveira.

REFERÊNCIAS

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de; LIMA, Maria da Glória. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.1-20, 21 abr.

2011. Mensal. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a11v21n2.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

ALVES, Tarcísia Castro; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal,** Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p.51-71, mar. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4008/400838260004/>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latinoam. Psicopat,** São Paulo, v. 1, n. 11, p.21-27, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal,** Santa Catarina, v. 1, n. 22, p.61-77, mar. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827027>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BRASIL.**Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso: 03 jul. 2017.

BRASIL. **Portaria n°2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo revisão de diretriz para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf

BRASIL. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil 2014**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf. Acesso em: 17 maio 2017.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 2011.Disponivel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf Acesso em:13 de Junho de 2017.

BRASIL.**Crise e Urgência em Saúde Mental**: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado. 2014.

BRASIL. **Lei n° 10.2016 de 06 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**, Saúde Mental nº 34. 2013 Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em 19 junho 2017.

*BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.***Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em 15 de Julho de 2017.

BONFIM, I.G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental Rev. **Interface (Botucatu**), v.17, n.45, p.287-300, abr./jun. 2013. Visto em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop1013.pdf. Visto em 26 de Fevereiro de 2018.

CAIXETA, Camila Cardoso; Moreno Vânia. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde**. Rev. Eletrônica de Enfermagem.** v.10, n.1, p 179-188, 31 març.2008. Disponível em: http://www.fwn.ufg.br/revista/v10n1a16.htm. Acesso em 01 de Julho de 2017.

COSTA, Mônica Silva. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades**Arq. bras.psicol**. v.59, n.1 Rio de Janeiro. 2007**.** Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672007000100010. Acesso em 30 de Junho de 2017.

COSTA, Nilson do Rosário et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Revista: Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeior, v. 16, n. 12, p.40604-46014, 05 out. 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63020981009/>. Acesso em: 30 jun. 2017.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saude Publica**, v.28, n.2, p.357-66, 2012. Visto em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200014&lng=es. Visto em: 26 de Fevereiro de 2018.

DIAS, Livia Karla Sales. Atendimento pre-hospitalar às urgências psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. **Revista de Politicas Publicas,** Sobral, v. 2, n. 12, p.47-53, dez. 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/382/274>. Acesso em: 19 maio 2017.

DIMENSTEIN, Magda. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique,** Natal, v. 3, n. 2, p.95-126, jun. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40323/25630>. Acesso em: 16 jun. 2017.

HEPP, Caroline da Silva. Crise na Saúde Mental: Visão da Equipe Multiprofissional. **Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado na UNIVATES,** 2013. Disponível em: https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/353/1/CAROLINESILVA.pdf. Acesso em: 03 ju.2017.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva,** Gravatai, v. 1, n. 15, p.297-307, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1>. Acesso em: 19 jun. 2017.

JORGE, Maria Salete Bessa. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Revista Psicologia: Teoria e Prática,** SÃo Paulo, v. 2, n. 16, p.63-74, jul. 2014. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/3046>. Acesso em: 03 jul. 2017.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. de Saúde Publica.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 26, p. 918-928. Maio de 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2010.v26n5/918-928/pt. Acesso em: 25 de Fev. 2018.

KANNO, Natália de Paula; Bellod, Patrícia Lacerda; Tess, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento1. **Saúde Soc,** SÃo Paulo, v. 4, n. 21, p.884-892, fev. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/50700/54812>. Acesso em: 04 jul. 2017.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Comunicação Saúde Educação,** São Paulo, v. 36, n. 15, p.137-152, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000100011&script=sci_abstract&tlng=p>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SILVA, Maura Lima Bezerra e; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 66, p.31-46, 26 dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v66n3/04.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, v.18, n. 6, p. 7-70. Jan 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em: 15 de Junho de 2017.

MINOZZO, Fabiane, da Costa; IlenoIzídio. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.**São Paulov.16, n. 3, p. 438-450set. 2013.Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233028537011>Acesso em: 19 junho 2017

MORAES, Ana Patricia Pereira et al. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Rev. Saude soc.**Rio de JaneiroV.21, n.1, p.161-170, ago. 2012. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39454/S0104-

12902012000100016.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 03 julho 2017.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?.**Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. São Paulo. v. 19, n. 2, p. 569-580, Junho 2014. Disponível em:http://www.redalyc.org/html/630/63030092026/. Acesso em 06 de Julho de 2017.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 12, n. 16, p.4579-4589, maio 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n12/02>. Acesso em: 06 abr. 2017.

PINTO, Antonio Germane Alves. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiv,** Crato, v. 3, n. 17, p.653-660, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11>. Acesso em: 16 maio 2017.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva. Fortaleza, v. 7, n. 18, p. 2157- 2166, Julh. 2013. Disponível em:** https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n7/2157-2166/pt**. Acesso em 24 de fevereiro de 2018.**

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**, 2007. Disponível em:<http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 19 de Jun 2017.

RYCHETA, Valmir Correa et al. Saúde Mental na Atenção Básica: Práticas da Equipe de Saúde da Família. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulov.45, n.6, Junho 2011. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40865/44295. Acesso em: 01 de junho de 2017.

SCHENEIDER, Jacó Fernando. A visão da família sobre o trabalho de profissionais deSaúde mental de um centro de atenção psicossocial. São Paulo**Rev.de Enfermagem**. v. 13, n. 3,p.477-484. Agosto 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a04. Acesso em: 10 de julho de 2017.

SHEFFER, Graziela; Silva Gomes Lahana. Saúde Mental, intersetorialidade e quentão social: um estudo na ótica do sujeito.**Rev. Serv. Soc**. São Paulo. v.118, n.3. 2014.p.363-393, Jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a08n118.pdf. Acesso em: 03 julho 2017.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Rev. Saúde e Sociedade.** São Paulo. v. 21, n.2. 2012. p 336-350, Março 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2012.v21n2/336-350/pt. Acesso em: 25 de fevereiro 2017.

VECCHIA, Marcelo dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalizaçãodos cuidadosa pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Revista: Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** São Paulo, v. 28, n. 13, p.151-163, mar. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1801/180114106013/>. Acesso em: 05 maio 2017.

REFLEXÕES ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS, ESTADO DO TOCANTINS

Maurielle de Castro Ferreira[1]
Lenny Meire Corrêa Molinari Carrasco[2]
[1]CEULP/ULBRA

RESUMO

Este estudo tem como objetivo principal identificar os serviços de Saúde Mental a serem ampliados como pontos de atuação na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), no município de Palmas, capital do estado do Tocantins. Propõe realizar apontamentos que busquem identificar estratégias para o fortalecimento da rede psicossocial e oportunizar o acesso aos serviços enquanto garantia do direito as Políticas Públicas. Trata-se de pesquisa social com abordagem qualiquantitativa, inspirados nos moldes da análise documental. Apresenta estudo reflexivo e descritivo de uma população de 200 prontuários do tipo físico, de usuários vinculados aos serviços de saúde da atenção primária e especializada, na modalidade de Consultório na Rua (CnR) e através do Centro de Atenção Psicossocial (Caps II). Para proporcionar o atendimento contínuo e efetivo da população no território, foram identificados desafios a serem vencidos pelas equipes multiprofissionais dentro da organização do processo de trabalho e na oferta de ações de saúde mental. Além disso, destacou-se a importância da articulação em rede através do diálogo com outros setores, bem como apontou-se as principais políticas públicas que visam o exercício da cidadania.

Descritores: rede de atenção psicossocial; serviços de saúde mental e articulação intersetorial.

REFLECTIONS ABOUT THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION NETWORK OF THE MUNICIPALITY OF PALMAS, STATE OF TOCANTINS

ABSTRACT

This study aims to identify the mental health services to be expanded as points of action in the Network of Psychosocial Care (Raps), in the city of Palmas, capital of the state of Tocantins. These are social research with a qualitative approach, inspired by the forms of documentary analysis. It presents a reflective and descriptive study of a population of 200 medical records of users linked to primary and specialized health services, in the form of the Office on the Street (CnR) and through the Psychosocial Care Center (Caps II). Challenges were identified for multiprofessional teams within the organization of the work process, as well as in the provision of mental health actions for the continued and effective care of the population in the territory. In addition, the importance of network articulation through dialogue with other sectors was highlighted, as well as the main public policies aimed at the exercise of citizenship.

Descriptors: psychosocial care network; mental health services and intersectoral articulation.

INTRODUÇÃO

O Brasil, a partir da década de 70, apresentou um cenário político, econômico e social formado por uma conjuntura de forte ditadura militar e intenso processo de precarização e mercantilização da saúde através dos grandes hospitais psiquiátricos. Ao final dessa mesma década, iniciou-se diversos protestos pela Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, que culminaram na luta pela superação da precarização do campo da saúde e pelo fim da lógica hospitalocêntrica e manicomial.

A Luta Anitmanicomial ocorrida no país em 1978, contou com o protagonismo dos movimentos sociais que eram militantes trabalhadores da saúde, familiares e usuários. Esses atores sociais tiveram papel fundamental na mobilização pela luta,

através de protestos e questionamentos contra as formas de mercantilização e monopolização da loucura.

Com a efervescência política dos movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica, houve uma significativa denúncia das más condições de saúde e das práticas de violência. Como consequência desse período, a sociedade contribuiu reforçando o preconceito e a discriminação ocasionando tanto o isolamento como o estigma social dos sujeitos institucionalizados.

Uma das pautas da Reforma era superar a era manicomial que tinha como princípio basilar o exercício da cidadania. Para isso, foi preciso iniciar o processo de construção das Políticas Públicas na área da Saúde e Saúde Mental, visando a transformação das realidades das pessoa com transtorno mental ou em estado de sofrimento, mas que vivenciavam situações de vulnerabilidade e desproteção social.

Com a redemocratização do país e a promulgação da Carta Cidadã de 1988, criou-se o Sistema Único de Saúde (Sus), reconhecendo o direito à saúde a todas as pessoas na perspectiva de que o Estado se torna o responsável em garantir os direitos, sendo o grande mediador para a promoção de saúde. (MATTOS, 2001).

Portanto, alicerçada sob os princípios do Sus, a Reforma Psiquiátrica vem garantir a universalização do acesso da população a saúde, como também promover a integralidade do sujeito coletivo na relação com a atenção primária, secundária e terciária, na rede de saúde, no entanto tem como desafio garantir a equidade dos diferente sujeitos e de suas demandas na perspectiva da garantia de direitos.

Após a criação do Sus, é sancionada a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre as promoções, proteção e dá outras providências em relação a recuperação da saúde, sendo o estado responsável em garantir a saúde, ou seja, através das esferas de poder municipal, estadual e federal, com subsídios e recursos, bem como desenvolvendo as responsabilidades e descentralizando as ações de saúde nos territórios brasileiros.

Mais tarde, de acordo com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica de nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), esta originou à portaria nº 336/GM/02, que passa a regulamentar os serviços substitutivos e prevê a não internação do usuário, prioritariamente ofertando o direito de acolhimento 24 horas. Além disso, e não menos importante, institui também a Portaria nº 3.088/01 (BRASIL, 2011), fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

De acordo com a preconização das Políticas Públicas de Saúde Mental foi garantido novos serviços, nos quais passa a existir os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), bem como os Hospitais Dia, Residências Terapêuticas entre os Programas e Benefícios para desinstitucionalização do sujeito social.

Nesse sentido, os Caps surgem como alternativa de cidadania e proposta de reinserção social, pois resultam na:

> "(...) Articulação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário". (BREDOW; DRAVANZ, 2010, pag. 232).

A Atenção Psicossocial, no Brasil, se constitui em Rede de Serviços para Atenção em Saúde Mental, composto por Unidades de Saúde da Família, Consultório na Rua, Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades, Hospitais Gerais, Samu, Corpo de Bombeiros, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros serviços mais, conforme adesão da gestão municipal e necessidade da população a assistência à saúde mental no território.

Sobre a rede de atendimento, importante destacar:

> "(...) Na saúde pública a rede de atendimento se nomeia como um conjunto de Estabelecimentos institucionais distribuídos em equipamentos, e que, necessariamente, precisam estar interligados para o seu funcionamento". (COSTA, 2017, pag. 09).

A articulação em rede deve acontecer na medida em que as equipes multiprofissionais se responsabilizam junto a outros setores, permitindo assim refletir sobre as demandas trazidas pelos usuários e suas famílias. Além disso, realizam intervenções e mediam junto as Políticas Públicas e Sociais a fim de obter alternativas que visem a mudança de realidades.

A equipe multiprofissional, tem o papel de contribuir de modo a proporcionar o acesso universal do usuário no sistema de saúde, mas também visa garantir a integralidade e a equidade na rede psicossocial. Busca ainda, ofertar o acompanhamento no território, a partir das ações e atividades que visam a promoção da saúde.

Contudo, a Rede Psicossocial, em suas muitas realidades existente no Brasil, possui equipes multidisciplinares formadas por profissionais: Médicos Psiquiatras, Enfermeiros, Farmacêuticos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, entre outros profissionais que se façam necessários compor a rede. Esses profissionais atuam em conjunto e realizam ações voltadas para a construção de planos terapêuticos que melhorem às condições de saúde e de vida da população de saúde mental.

MÉTODO

O presente estudo apresenta pesquisa social e visa definir (...) “a pesquisa social como processo que, utilizando a metodologia científico permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”. (GIL, 2008, pag. 26). Além disso, possui o desenvolvimento de técnica qualiquantitativa, sendo inspirado nos moldes da análise documental.

Para avaliar a rede de atenção psicossocial implantada no município de Palmas (TO), foram selecionados 200 prontuários do tipo físico, de pessoas em acompanhamento multiprofissional, obtidos através dos serviços de saúde da atenção primária e especializada, na modalidade Consultório na Rua (CnR) e através do Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), sendo avaliados entre os meses de dezembro a janeiro de 2018.

Para a metodologia, foi utilizado um roteiro de análise, que buscou identificar de forma descritiva as principais categorias: tipo de sexo; distribuição da faixa etária; análise sobre situação de rua e levantamento do acesso aos serviços na Raps.

Como critério de inclusão foram utilizados prontuários de usuários acompanhados no Caps II e CnR, com residência neste município. Aos usuários oriundos de outros estados, deverão apresentar vínculo apenas ao CnR. Para o critério de exclusão, não serão aceitos prontuários de usuários transferidos e que vieram a óbito durante o tratamento terapêutico.

Para realização da coleta e análise dos dados, foi possível identificar as demandas de saúde mental mais frequentes encontras no Caps II e CnR; foram listados os serviços existentes na RAPS que podem atender as demandas identificadas e catalogados os serviços necessários ao atendimento da população que

o município de Palmas não oferece, como também classificados os serviços que existem no Brasil e os sugeridos a compor a RAPS no município de Palmas.

Conforme proposta do projeto de pesquisa, havia sido delimitado uma população para estudo de 300 prontuários, no entanto, não foi possível executar o planejamento da atividade ante a ausência de prontuários em quantidade suficiente em ambos os serviços. Dessa forma, foi estipulada nova população, agora com análise de 200 prontuários, nos quais a coleta dos dados foi dividida igualitariamente entre os serviços escolhidos.

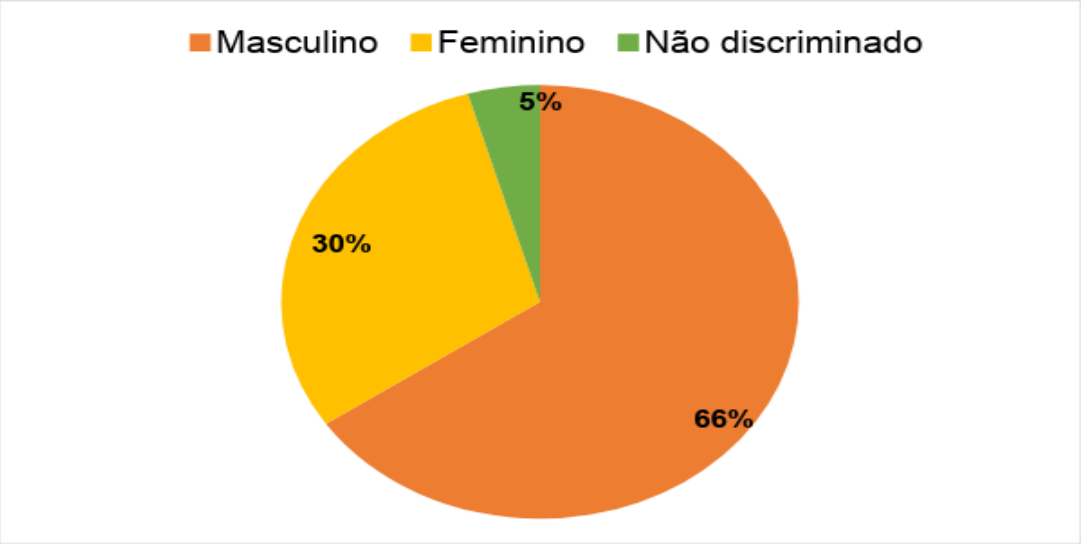
RESULTADOS E DISCUSSÕES

No primeiro gráfico, os dados revelam uma população masculina que sobrepõe os dados da população feminina. De acordo com a realidade do município de Palmas (TO), significa que os usuários masculinos estão adoecendo em maior número, como também tem as condições de saúde sendo agravadas. Os números ainda indicam um aumentado ao mesmo tempo relacionado ao acesso nos serviços de saúde mental.

Dessa maneira, pode se dizer que a população masculina brasileira, não cuida da sua própria saúde e tão pouco acessa os serviços de saúde pública. Existem diversos determinantes sociais que implicam na vida independente, como por exemplo, o preconceito associado ao machismo, a falta de informação sobre os cuidados em saúde e serviços públicos, e não menos importante, o fator renda está associado as intensas jornadas de trabalho.

No entanto, existem outras reflexões que são pautadas por pesquisadores e estudiosos da área, que defendem a existência de mudanças que ocorrem no padrões de valores da sociedade capitalista. Os autores Carrara, Russo e Faro (2009), afirmam que as transformações das estruturas familiares e de padrões de masculinidade tem permitido aos homens o acesso a bens e serviços, inclusive os serviços de saúde antes então voltados às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos.

Gráfico 1 – Representação segundo Tipo de Sexo



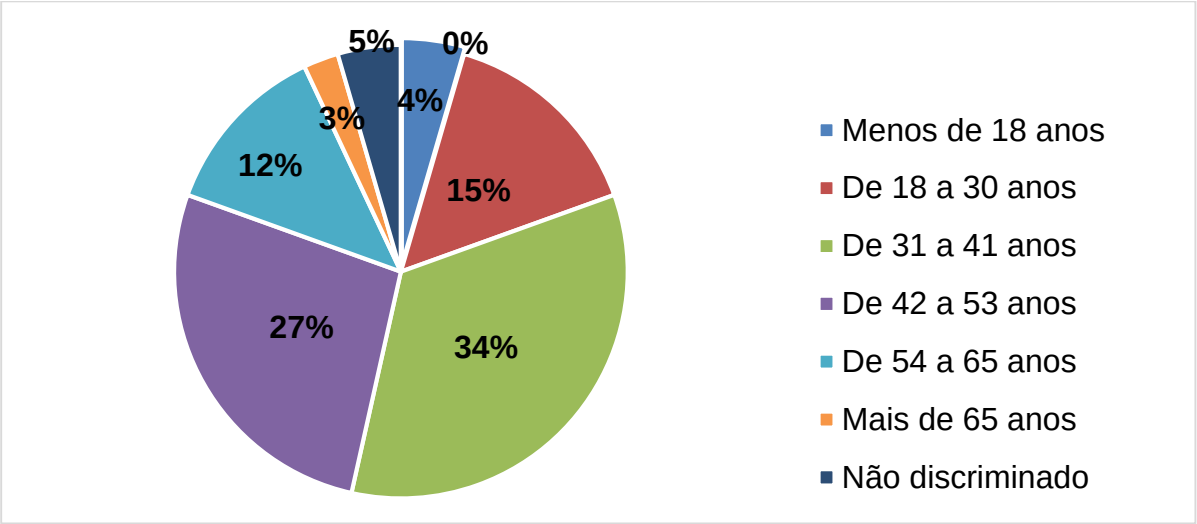
No gráfico segundo, a maior parte dos atendimentos ocorre na faixa etária entre 31 a 41 anos de idade e subsequente o segundo maior número representa idade entre 42 a 53 anos. Os grupos com percentual menor, com menos de 18 anos e mais de 65 anos, são considerados um grupo de transição entre esses dados e também apresentam risco com relação ao processo de saúde adoecimento.

Durante consulta em outros prontuários não correspondentes a população delimitada, observou-se uma significativa demanda envolvendo o público idoso e infanto-juvenil. As demandas em saúde mental possuem vulnerabilidades sociais, a exemplo de transtornos mentais como depressão, intento suicida, auto mutilação, abuso de álcool e outras drogas, que afetam as condições de vida e de trabalho da população, que requer de serviços de referência para acompanhamento multiprofissional.

A partir do olhar do Serviço Social, está claro que os usuários possuem direito as Políticas Públicas em Saúde Mental, mas devido à ausência dos serviços de referência neste município, significa que a rede necessita ser fortalecida, como também precisa de maior reflexão e atenção dos gestores do poder público local.

Das informações sobre os dados não discriminados, é possível identificar um déficit no processo de trabalho que está relacionado as condições de trabalho e questões de ambiência das unidades de saúde, que insuficientes implicam diretamente sobre as ações e atividades desenvolvidas pelos profissionais.

Gráfico 2 – Distribuição segundo Faixa Etária



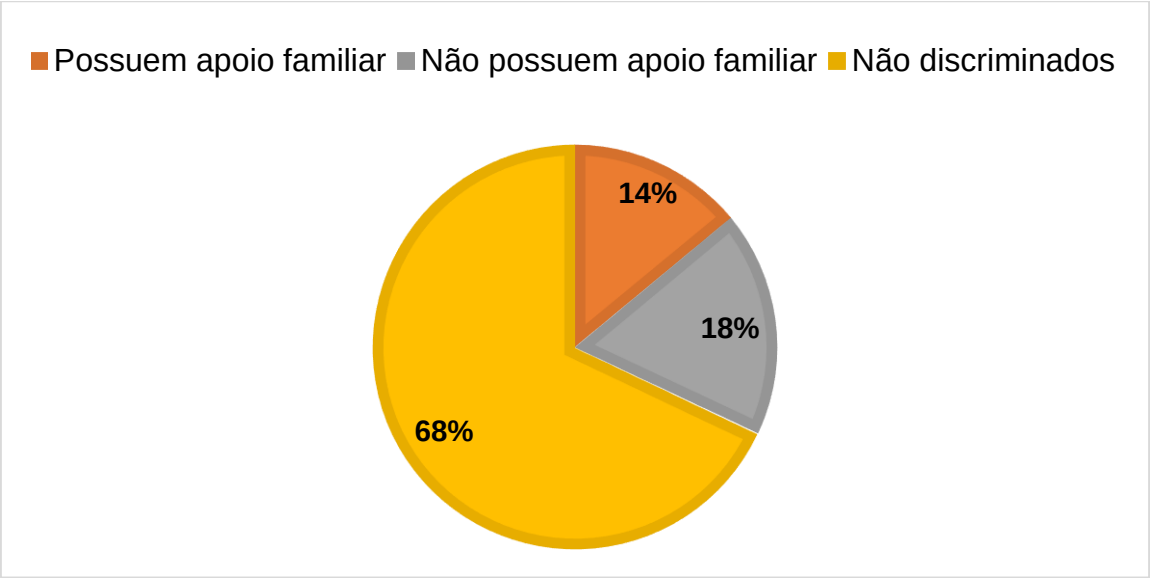
As próximas informações analisam a prevalência de situação de vulnerabilidade entre a população de rua. A partir das análises, 14 por cento das pessoas acompanhadas em serviço de saúde apresentam algum tipo de apoio familiar, 18 por cento não possuem e 68 não foram encontrados os relatos nos registros.

A partir das análises, foi constatado que a equipe multiprofissional tem desafios voltados para a oferta de saúde, como também vem buscando estratégias para alterar os modos de vida dos usuários, através de busca ativa por familiares e visitas domiciliares, para vinculação das famílias no processo de recuperação da saúde. Apresenta também, dificuldades voltadas para o processo de trabalho, que implica na alimentação dos prontuários físicos e estão relacionados especificamente a questões logísticas, como a falta de computador próprio para registro, aumento das demandas para acompanhamento, licença médica de profissionais adoecidos, entre outros fatores.

Portanto, as contradições geradas pela sociedade capitalista causam diversas desigualdades e situações de vulnerabilidade, assim como de desproteção social, implicando diretamente sobre a vida das pessoas e principalmente no contexto familiar. Nesse sentido, um grupo populacional que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, possui vivência de um processo de desfiliação social e da falta das proteções do trabalho assalariado, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento. (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, a população em situação de rua com diversas vulnerabilidades e riscos sociais, necessita de ações públicas que atendam suas demandas e contribuam para a continuidade e melhoria de suas vidas, nas e fora das ruas. (ABREU, 2014).

Gráfico 3 – Análise sobre Situação de Rua

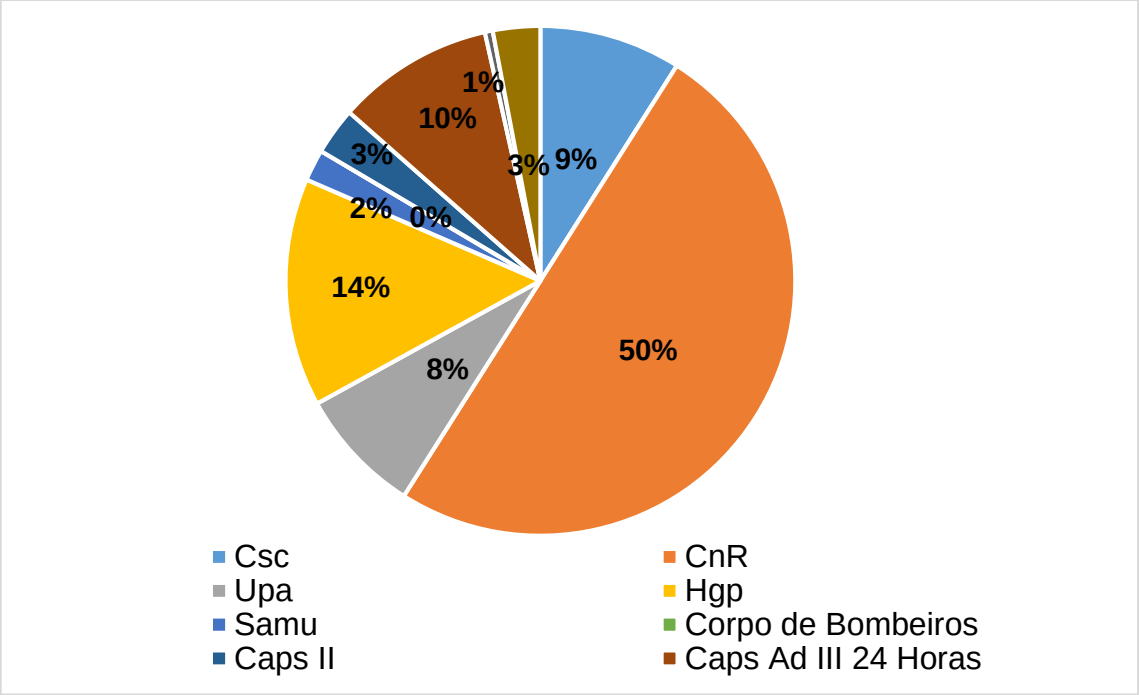


Nesse último gráfico, o conteúdo trata do acesso da população de saúde mental aos pontos de atuação da rede de atenção psicossocial, neste município. A maior demanda se concentra, no acesso ao CnR, com 50 por centro, no Hospital Geral, com 14 por cento e no Caps Ad III 24h, com 10 por cento dos atendimentos e acompanhamentos.

Portanto, a maior parte do acesso a esses serviços representa o perfil de uma população masculina, formada por jovens, adolescentes, idosos e população de rua, que apresenta demandas com atenção em saúde mental, abuso de álcool e outras drogas. A rede psicossocial tem sido acessada conforme demonstração em gráfico, porém encontra-se fragilizada e não tem atendido as fundamentais demandas de saúde mental, pois necessita compor serviços específicos que possam promover as necessidades da população.

Nesse sentido, será apresentado nas considerações finais alguns apontamentos sobre as principais políticas públicas que tratam dos direitos voltados para o acesso a atenção à saúde mental, como também irá apresentar alguns serviços de referência e políticas públicas afins.

Gráfico 4 – Levantamento do acesso aos serviços na Rede de Atenção Psicossocial



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rede psicossocial do município de Palmas (TO), atualmente está composta por Centros de Saúde da Comunidade, que inclui equipes de Estratégia do Saúde da Família e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, Equipe Consultório na Rua, Centros de Atenção Psicossocial para transtorno mental e álcool e outras drogas com acolhimento 24 horas, Unidades de Pronto Atendimento, Hospital Geral, Samu e Corpo de Bombeiros.

Entretanto, através da Política Nacional de Atenção Básica (2011), orientada pelos princípios da universalidade, integralidade da atenção, humanização, equidade e participação social e também através da introdução do Consultório na Rua busca ampliar o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde. (BRASIL, 2012)

Assim, o serviço de Consultório na Rua vem promovendo no município, a articulação da rede garantindo também o acesso e à atenção integral à saúde das

pessoas em situação de rua, que vivenciam atenção em saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas.

No entanto, a Política Nacional de Assistência Social (2004), enquanto sistema de proteção social, visa garantir o direito as pessoas em situação de vulnerabilidade social, com ameaça ou direitos rompidos. Segundo Abreu (2014), a Assistência Social prevê uma série de ações, a partir de uma rede de acolhida as populações em situação de rua, enfatizando os albergues como possíveis espaços, a inclusão de públicos específicos como crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e idosos como sujeitos de direitos para o recebimento de auxílios, benefícios e a participação em programas sociais.

Além disso, é fundamental o acesso a um Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP), através de acolhimento e acompanhamento multiprofissional, Casa de Passagem (acolhimento imediato e emergencial, com caráter transitório) que poderia ser voltado para pessoas com situação de risco, ameaças de direitos, envolvendo público diverso. E albergue (espaço de permanência), que funciona como ambiente residencial e oferece alimentação, atividade coletiva, entre outras.

É importante que a população tenha acesso a benefícios que promovam alimentação diária em restaurante popular e transporte público com passe livre, visto que a população tem necessidade de acesso aos serviços públicos, benefícios, projetos e programas sociais, como também devem se inserir em atividades de lazer, entretenimento e cultura. E não menos importe, sejam estimuladas ao exercício de políticas voltadas para o trabalho protegido.

Sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental, se faz necessário a implementação de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, para atendimento as necessidades voltadas para transtornos mentais e a todas as formas de sofrimentos, oferecendo a atenção ao cuidado continuado e sistematizado, por meio de equipe técnica qualificada.

Atualmente, o município atende todos os critérios necessários para implementar os serviços de saúde mental na rede psicossocial. De acordo com o aumento do número populacional, se faz necessário realizar a transição do Caps II em Caps III, que é um equipamento de alta e média complexidade para funcionamento 24 horas.

Por fim, a equipe multiprofissional deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar intervenções para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, como também desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas a saúde e prestar atenção integral no Sus sob sua responsabilidade. (Sarah et al, 2007).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. Portaria/GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. Lei n o 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Política Nacional de Assistência Social. MDS-SNAS, 2004.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis: revista de saúde coletiva, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

COSTA, Maico Fernando. Concepções de rede e estratégia na atenção psicossocial: diferenças, contradição e (inter) conexões. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 9, n. 22, p. 98-112, 2017.

DA SILVA, José Paulo Vicente; BATISTELLA, Carlos; DE LIMA GOMES, Mauro. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a

reflexão e ação da equipe de saúde da família. O Território e o Processo Saúde-Doença, p. 159, 2007.

DE ABREU, Deidvid. Políticas públicas de saúde e assistência social no Brasil direcionadas às pessoas em situação de rua que fazem uso ou abuso de álcool e outras drogas: contribuições para um debate. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 6, n. 14, p. 129-149, 2014.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.]

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M.C. de S. (1999). O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco. 6ª ed.

FUNDAÇÃO ESCOLA EM SAÚDE PÚBLICA (FESP)
RESIDÊNCIA MULTIPROFOSSIONAL EM SAÚDE
SAÚDE MENTAL

(DES) INSTITUCIONALIZAÇÃO: CONCEPÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS COTIDIANAS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Stéfhane Santana da Silva – FESP

JonathaRospide Nunes - FESP

PALMAS – TOCANTINS
2018

Stéfhane Santana da Silva - Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina-PE. Residente em Saúde Mental pela Fundação Escola de Saúde Publica (FESP), Palmas – TO. Email: stefhane-santana@hotmail.com
Endereço: Fundação Escola de Saúde Pública ,405 sul avenida LO-09 HM 06 lote 11 - Instituto Vinte de Maio,. CEP 77015-611, Palmas – TO. Email: fesppalmas@gmail.com

JonathaRospideNunes - Graduado em psicologia pela Pontifícia universidade católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense. (UFF- RJ),Especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Tutor do Programa de Residência em Saúde Mental – (FESP-TO) email: jonatharospidenunes2015@gmail.com

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo sendo uma combinação de múltiplos fatores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos. A partir disto, este trabalho buscou identificar no discurso dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Palmas/TO, a relação entre as concepções teóricas do campo da saúde mental, as práticas cotidianas no serviço e a promoção da desinstitucionalização no cuidado em saúde mental em Palmas/TO. A pesquisa foi realizada nos CAPS II e CAPS AD III ea coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, com dez profissionais de diferentes categorias. Para sua análise empregou-se o método da análise de conteúdo e osresultados foram divididos em quatro categorias principais e uma subcategoria. Os resultados da pesquisa apontamrespostas díspares e dificuldade, da maioria dos profissionais, na compreensão e definição conceitual, especialmente, do processo de desinstitucionalização.

Palavras chave: Reforma psiquiátrica; Desinstitucionalização; Saúde mental; Atenção psicossocial;

ABSTRACT

The Psychiatric Reform is a complex political and social process being a combination of multiple factors, institutions and forces of different origins, focusing on diverse territories. From this, this paper sought to identify the relationship between the theoretical conceptions of the field of mental health, the daily practices in the service and the promotion of the deinstitutionalization in the health care in the discourse of the workers of the Centers of Psychosocial Attention - CAPS of Palmas / TO mental. The research was carried out in CAPS II and CAPS AD III and the data collection was done through a semi-structured interview, with ten professionals from different categories. For its analysis the content analysis method was used and the results were divided into four main categories and one subcategory. The results of the research point out disparate answers and difficulty of most professionals in the understanding and conceptual definition, especially of the process of deinstitutionalization.

Keywords: Psychiatric reform; Deinstitutionalization; Mental health; Psychosocial care.

RESUMO

La Reforma Psiquiátrica es unproceso político y social complejosiendo una combinación de múltiplesfactores, instituciones y fuerzas de diferentes orígenes, incidiendoenterritorios diversos. A partir de esto, este trabajobuscó identificar enel discurso de lostrabajadores de los Centros de AtenciónPsicosocial - CAPS de Palmas / TO, larelación entre lasconcepciones teóricas del campo de lasalud mental, lasprácticas cotidianas enelservicio y lapromoción de ladesinstitucionalizaciónenel cuidado ensalud mental. La investigaciónfue realizada enlos CAPS II y CAPS AD III y larecolección de datosocurrió por medio de entrevista semiestructurada, condiezprofesionales de diferentes categorías. Para suanálisis se empleóel método delanálisis de contenido y los resultados se dividieronencuatrocategoríasprincipales y una subcategoría. Los resultados de lainvestigaciónapuntanrespuestas dispares y dificultad, de lamayoría de losprofesionales, enlacomprensión y definición conceptual, especialmente, delproceso de desinstitucionalización.

Palabrasclave: Reforma psiquiátrica; desinstitucionalización; Salud mental; Atenciónpsicosocial.

INTRODUÇÃO

Após vinte anos de ditadura militar o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único universal, gratuito, igualitário e de qualidade (Melo, A. 2011).

Partindo desse pressuposto compreende-se quedentro do campo da saúde mental, o aumento no número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implantados em todo país é um avanço importante da Reforma Psiquiátrica, porém não é sinônimo de mudança paradigmática deste campo (Silva, 2014). A vontade de mudar vai sendo enfraquecida, pois está atravessada por uma lógica que produz formas de subjetivação que se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar a vida (Dimenstein & Liberatto, 2009). Tratando-se de uma cultura manicomial, dos nossos manicômios mentais (Pelbart, 1990).

Com isso, devemos compreender os conceitos das políticas públicas como mediadoras de conflitos, e o processo de desinstitucionalização em saúde mental, como meio de inserção social (Faria eMenezes, 2016).

Assim, a política de atenção psicossocial que rege a assistência em saúde mental no país indica a necessidade de se trabalhar a partir de quatro eixos, porém observamos que, de forma geral, o foco principal está ligado ao nível técnico-assistencial (Amarante, 2007). Apesar de alguns avanços em outros campos, como na construção de novas leis de amparo e proteção às pessoas em sofrimento psíquico ou ainda na reformulação de conceitos e saberes que embasam essa discussão (Liberato, 2011).

Contudo, a Reforma Psiquiátrica, de acordo com Novelino, Mesquita e Cavalcante (2010), deve ser percebida como um processo político e social complexo, tendo em vista, que se trata de uma combinação de múltiplos fatores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos. Considerando que este processo se caracterizou

como uma militância, tanto em termos da politização da questão da loucura e de crítica às instituições psiquiátricas quanto da transformação social num sentido mais amplo (Yasui, 2010).

Assim, Yasui (2010) afirma que na sua dimensão política, a reforma psiquiátrica brasileira surge no interior do processo mais amplo da reforma sanitária e dos movimentos sociais ligados à luta contra a ditadura. A Reforma Psiquiátrica pode ser caracterizada como um processo complexo, que abrange quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico- política e sócio-cultural (Amarante, 2007).

Evidencia-se que vem sendo empreendido um esforço em não reduzir a Reforma Psiquiátrica à desospitalização, colocando-se em pauta também a atenção à saúde em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilidade da equipe vinculada a um território, intersetorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional (Vecchia & Martins, 2009).

Nesse sentido, é possível considerar que a proposta da Residência Multiprofissional em saúde, em específico do Programa de Saúde Mental, pode ser muito potente pois estabelece essa articulação multidisciplinar, fomentando uma reflexão crítica ao relacionar conceituações teóricas com a prática. Caracterizando-se enquanto um processo de ensino-aprendizagem em serviço, ou seja, a construção do conhecimento acontece em paralelo ao desenvolvimento da prática do residente em seu campo de atuação, estimulando

> a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. (Lei nº. 2010, de 12 de dezembro.2013, p. 01)

Dessa forma, o processo formativo vivenciado na Residência possibilita a retomada de processos históricos, visando desenvolver estratégias para intervir no sentindo de transformar

os cenários atuais buscando avançar no processo da Reforma Psiquiátrica e em seus quatro aspectos citados por Amarante (2007) anteriormente: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico- política e sócio-cultural.

O profissional residente possui diversas ferramentas para identificar questões e demandas a serem estudadas com o intuito de contribuir para a qualificação do serviço ofertado, pois tem como uma de suas atribuições fomentar a articulação entre os serviços da rede de saúde. Uma vez que tal profissional realiza seu percurso formativo em diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, iniciando com os CAPS AD III e CAPS II, permanecendo durante o primeiro ano de residência nesses serviços de forma intercalada. Em seguida acontece a inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF e, atualmente, este período ocorre em paralelo no serviço do Consultório na Rua.

Assim, a partir das atuações nas instituições de saúde, houve o interesse em realizar essa pesquisa que tem como objetivo principal identificar no discurso dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS a relação entre as concepções teóricas do campo da saúde mental, as práticas cotidianas no serviço e a promoção da desinstitucionalização no cuidado em saúde mental em Palmas/TO.

O presente estudo torna-se relevante pois aborda a importância da articulação entre discussões teóricas acerca da promoção da desinstitucionalização, e as ações que são realizadas com base nestas teorias, que são produzidas em forma de cuidado aos usuários dos serviços de atendimento a saúde mental, possibilitando ainda novas intervenções com os profissionais de modo a qualificar o serviço ofertado.

MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada em campo multicêntrico, sendo no CAPS II e CAPS AD III ambos localizados na cidade de Palmas-TO após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), apresentando-se como uma pesquisa aplicada, de cunho exploratório, utilizando-se do estudo de campo para a coleta de dados, com

abordagem qualitativa.

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada aplicado de forma individual e posteriormente transcrito em sua íntegra, em consonância com os critérios da lei 466/12, para sua análise empregou-se o método da análise de conteúdo articulado ao arcabouço teórico referente aos aspectos da Reforma Psiquiátrica, em seguida foram levantadas quatro categorias e uma sub categoria.

Nesse contexto, o estudo englobou uma amostra de dez (10) participantes, sendo oito (08) do sexo feminino e dois (02) do sexo masculino, apresentando-se em diversas categorias profissionais como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Utilizou-se como critérios de inclusão o fato de possuírem ensino superior exercendo a função de Técnico de Referência.

Tal profissional é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto (Ministério da Saúde, 2004). Assim, os critérios de exclusão foram o fato de o profissional possuir apenas ensino médio ou técnico e desenvolver somente atividades administrativas ou de serviços gerais.

RESULTADOS

Para orientar a análise dos resultados optamos por dividi-la em quatro categorias principais e uma subcategoria, caracterizando também cada participante da pesquisa com a letra “P” seguido do numeral condizente com a ordem pela qual as entrevistas foram realizadas. Dessa forma, a primeira categoria corresponde aos significados e atribuições relacionados a compreensão dos profissionais acerca do processo da Reforma Psiquiátrica, a saber direito a liberdade, tratamento digno, vínculos familiares e sociais.

Posteriormente, a segunda categoria refere-se a conceituação da desinstitucionalização, englobando atividades externas ao CAPS, acesso a outros dispositivos e ressignificações subjetivas. Com isso, a terceira relaciona-se com o embasamento teórico utilizado pelos profissionais como norteador de suas práticas, sendo os mais recorrentes a lei

10.216/01 e a portaria 130. Logo em seguida está a subcategoria referente ao desconhecimento acerca da legislação em saúde mental, apresentando-se como um ponto divergente da própria categoria, porém permanecendo de forma entrelaçada.

Assim, a quarta categoria corresponde as práticas cotidianas dos profissionais nos serviços, caracterizando-se enquanto grupos, oficinas, escuta qualificada, atendimentos individuais e matriciamentos. Entretanto, existe um contraponto, uma vez que existem relatos de práticas na contramão da Reforma Psiquiátrica, como a condução do tratamento prioritariamente medicamentoso, dificuldades de praticar a redução de danos e as formas de controle dentro e fora da instituição.

DISCUSSÃO

1.0 COMPREENSÃO ACERCA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Esta categoria apresenta uma grande variação de respostas, porém algumas são mais recorrentes, tornando-se evidente a compreensão que os profissionais do serviço possuem acerca da reforma psiquiátrica, estando ligada a garantia de direitos,direito a um tratamento de saúde digno, direito a liberdade, inserção familiar e social, trazendo consigo ainda um âmbito revolucionário frente a conjuntura política do país na época. E ainda, grandes mudanças no que se refere tanto a desconstrução dos estigmas das pessoas com transtorno mental quanto ao próprio serviço, uma vez que foram criados dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

> “A reforma psiquiátrica foi um movimento de redemocratização tanto do país quanto da saúde mental, né? Da mudança dos asilos, dos manicômios para os equipamentos substitutivos, que hoje nós temos os centros de atenção psicossocial, então saímos da prática da exclusão” (P -04).

Segundo Lancetti (1990), a principal fonte inspiradora da experiência brasileira de reforma psiquiátrica foi a desinstitucionalização italiana que propunha não apenas trocar o

local de tratamento das pessoas com transtornos mentais, mas transformar o modelo de compreensão acerca da problemática da loucura, cuidar, pensar e lidar com ela.

Com isso, retomaremos a discussão acerca das quatro dimensões presentes no processo da Reforma Psiquiátrica citadas anteriormente por Amarante (2007), relacionando-as com as respostas dos participantes, a saber: teórico-conceitual, técnico- assistencial, jurídico-política e sócio-cultural.

A primeira dimensão, mencionada por quatro entrevistados, diz respeito à construção de um novo paradigma no campo das ciências sociais, no que se refere ao olhar direcionado ao sujeito em sofrimento psíquico, rompendo com o modelo biomédico,visando construir um novo norte, que compreenda a saúde como um processo (saúde-doença), fruto das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito social (Amarante, 2007).

Nesse sentido, dois conceitos têm sido fundamentais para a compreensão dessa dimensão: o primeiro diz respeito à desinstitucionalização, pautada na tradição basagliana, que defende formas diferenciadas de acolher, cuidar e tratar do sujeito; e o segundo relaciona-se com o conceito de doença mental, assim como as práticas profissionais, as relações entre os sujeitos e atores envolvidos, onde se transformam os serviços e os sujeitos durante este processo (Melo, A.M.C 2012). Tornando-se evidente no trecho a seguir:

> Foi algo muito importante que aconteceu, revolucionário, que mudou a forma de tratamento (...) Porque eu acho que hoje eles têm voz, a família também tem acesso, e não só ao tratamento nos serviços completo, eles podem questionar e podem gostar ou não (P – 08).

Nadimensão técnico-assistencial, presente no discurso de dois profissionais, se concentra a construção de serviços substitutivos ao manicômio, uma vez que, tradicionalmente, o modelo de tratamento em saúde mental esteve pautado no isolamento, na tutela, vigilância, repressão e disciplina (Melo, A.M.C, 2012). Segundo Yasui (2010), esta dimensão propõe uma nova práxis, uma nova organização dos serviços, defendendo a ideia do

CAPS como principal dispositivo de implementação da política nacional de saúde mental, sendo mais do que um serviço, mas implicandona tessitura de uma rede.

Já a dimensão jurídico-política,citada apenas por um profissional, pode ser compreendida como uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações que vinculavam a loucura com a periculosidade, a incapacidade social e a irresponsabilidade (Amarante, 2007). Assim, essa dimensão possui grande impacto no campo das medidas e ações estratégicas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tratando-se de uma implicação social no cotidiano dos sujeitos envolvidos na luta pela transformação social (Melo, A.M.C, 2012).

Por último, Amarante (2007) considera que a dimensão sócio-cultural, reportada por três participantes, traz à tona a construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco, por meio do imaginário social e de sua relação com a sociedade. O trecho a seguir demonstra a compreensão do participante acerca desse processo:

> "Olha a reforma foi para fazer essa desconstrução, né? Desses estigmas. Eu acho que a reforma aconteceu para isso, né? E tipo assim, foi boa, porque esses estigmas, eles, eles são menores hoje do que antes da reforma, né?" (P -04).

Segundo, Melo, A. (2010), essa dimensão está intimamente ligada às ações e estratégias de cunho cultural, objetivando trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura, defendendo ainda as possibilidades de tratamento e cuidado, para além dos espaços manicomiais.

2.0 CONCEITO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

No que diz respeito a concepção dos participantes acerca da desinstitucionalização, destacou-se nos dados obtidos, que cinco entrevistados evidenciaram a conceituação no sentido de problematizar o processo de alienação dentro e fora dos serviços, relacionando-se também com a desconstrução dos estigmas e ressignificação subjetiva. Exemplificando-se nos trechos a seguir:

> Eu entendo a desinstitucionalização como um processo ontológico, não como um processo técnico apenas, não basta a gente mudar uma lei, a gente tem que mudar uma cabeça, a gente tem que mudar uma forma de entender... o tratamento. (P -03).
>
> A maior desinstitucionalização... o processo que a gente faz é de oportunizar que eles possam se questionar (...) então da gente chegar ao ponto de perguntar: “existe loucura? Existe isso? Será que isso é algo que não é imposto a nós? Será que é imposto porque existe um padrão? (P -10).

É possível perceber através desses relatos, que estes profissionais apresentaram o conceito de desinstitucionalização baseado nos ideais da Reforma Psiquiátrica, que propõe que seja um processo de desconstrução de práticas manicomiais e formação de novos saberes, priorizando a subjetividade e autonomia do indivíduo, bem como o livre exercício de sua cidadania (Guedes, A.C *et. al.* 2010)

Para Amarante (2009), a desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos. (Amarante, 2009).

O processo de desinstitucionalização propõe novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e pretende implicá-los no tratamento, modificando assim as relações de poder entre os usuários e as instituições (Silva & Rosa, 2014).Portanto, um método de desconstrução do modelo hegemônico clássico e uma formação de novas práticas, um novo jeito de acolher e conviver com o sujeito em sofrimento psíquico (Martinhago, 2011)

Ainda na perspectiva de conceituar desinstitucionalização evidenciou-se em quatro relatos, uma definição relacionada as atividades extra CAPS, vinculando e viabilizando o

acesso do sujeito a outras instituições. Como pode-se observar a seguir: “Ah, desinstitucionalização?! O fato da pessoa não ficar presa naquela instituição só, né?! (...) Pode ter atividades externas também” (P – 01).

> É exatamente tirar das instituições, essas práticas de não deixar preso dentro das instituições, as práticas, as pessoas, os processos... de sair dos muros. Eu acho que os CAPS como eles funcionam de portas abertas, ele se propõe funcionar de portas abertas... é..sair dos muros para reintegrar essas pessoas na sociedade (P- 05)

Assim, Martinhago (2011) afirma queos CAPS devem atuar no território trabalhando de forma intersetorial, desenvolvendo parcerias com os diversos recursos existentes na comunidade. Vale ressaltar que Furtado et.al (2017), apontam ainda que uma concepção de cuidado em saúde mental, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, pressupõe vínculos com outros serviços, instituições e recursos do território. Com isso,

> Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde. (Severo e Dimenstein, 2011, p. 650)

Assim,desinstitucionalizar é também estabelecer intersetorialidade e trabalho em rede, o que implica na adoção de modelos de atenção integral baseado no território. (Dimenstein e Liberato, 2009)

Desta forma, para Furtado *et.al* (2017), a desinstitucionalização é uma desconstrução teórico-prática que apenas é possível com o deslocamento da centralidade da instituição em direção ao território. Dessa forma, espaços, equipamentos e instituições relacionadas à cultura, geração de trabalho e renda, esportes e lazer constituem-seimportantes aliados do serviço (Furtado*et.al*, 2017).

Além disso, um dos participantes apresentou dificuldades em definir o conceito de desinstitucionalização. É possível concluir que nesta categoria há uma disparidade entre os

discursos dos entrevistados, apresentando em alguns momentos,uma compreensão equivocada deste conceito, de forma que não acreditam, não sabem ou não distinguem de desospitalização. Como exemplifica o trecho abaixo:

> Ah esse processo assim, de desinstitucionalização, é muito complexo também, né? Porque tipo assim, desinstitucionalizar é muito..é..vem de.. de .. decontra-referêcia, para mim é de contra-referência. Porque tipo assim, desinstitucionaliza, né? E ai como é que fica essa questão, né? Para a sociedade, eu não tenho muito visão disso aí, se é uma melhora ou uma piora para sociedade, né? Na minha opinião acho que não melhora muito não (P – 04).

É importante destacar, ainda, que há uma incongruência ao se referir a um processo de desinstitucionalização dentro do serviço substitutivo, uma vez que estes foram criados com o objetivo de desconstrução das práticas manicomiais e construção de novos saberes, ou seja, desinstitucionalizar. Porém, a desinstitucionalização nos CAPS pode significar um avanço nas práticas no âmbito da saúde mental, pois os próprios profissionais perceberam que estão reproduzindo o modelo manicomial.

3.0. EMBASAMENTO TEÓRICO

Diante do que foi coletado durante as entrevistas, pode-se inferir uma diversidade de posicionamentos quanto ao embasamento teórico utilizado pelos participantes, entretanto no que tange a leis e portarias, quatro profissionais citaram a lei 10.216/01 e a portaria 130 de 26 de janeiro de 2012, como observa-se nas falas a seguir:

> Ah, aqui no CAPS a gente usa muito a portaria 130, né? O que a gente usa mesmo, sendo bem sincera é a portaria 130. Ela nos norteia para direcionar o tratamento do paciente, do funcionamento do CAPS, dos critérios de acolhimento, do que o CAPS é, né? (P -01)

> Nós temos uma política nacional de saúde mental bem ampla que abarca tanto os transtornos mentais como os usuários de álcool e outras drogas, né? A 10.216, a

> portaria 130, tem várias legislações aí que abarcam todas essas demandas (...) então a 10.216 veio para bater o martelo dos direitos, de reafirmar o direito das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do álcool e outras drogas (P -04).

A lei Federal 10.216 de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, estabelecendo o tratamento mais humanizado, proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias (Lei 10.216 de Abril de 2001).

Além disso, pauta também a implantação dos CAPS, ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura (Lei 10.216 de Abril de 2001).

Por sua vez, a portaria Nº 130 de 2012, do Ministério da Saúde,redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) como equipamento reordenador da rede, ampliando também o acesso de crianças e adolescentes ao mesmo, através do funcionamento 24 horas, dispondo também sobre os respectivos incentivos financeiros (Portaria nº 130 de 2012).

Deste modo, pode-se inferir que a lei 10.216/01 consolidou um modelo de atenção aberto e de base comunitário, proporcionando mudança nos modos de cuidado aos usuários. (Cusinato, 2016). Assim, segundo Souza e Afonso (2015), com a mudança do modelo assistencial surge a preocupação com a formação profissional, a fim de garantir uma assistência eficaz e promover a saúde, sem perda da dignidade dos usuários do serviço de saúde mental.

> O deslocamento da assistência de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar tem propiciado a implementação de tecnologias psicossociais

interdisciplinares, que implicam na constituição de novas formas de se pensar, tratar e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico (Ballarin, *et.al*., 2011 p.162).

Nesse sentido, o conhecimento teórico e técnico implica não apenas no entendimento e maior efetividade da implementação prática das políticas e modelos propostos, como também na possibilidade de auto–reflexão e de reavaliação constante da práxis cotidiana nas atividades assistenciais (Bezarra,2007).

Portanto, o avanço da Reforma Psiquiátrica, bem como o processo de construção de uma política de saúde mental, requer, além de recursos materiais e técnicos, o desenvolvimento de saberes e práticas inovadoras dos profissionais de saúde (Souza & Afonso, 2015).

3.1. DESCONHECIMENTO ACERCA DA LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Em análise dos dados desta subcategoria, notou-se que seis dos participantes desconhecem a legislação referente à Política de Saúde Mental, colocando em pauta alguns pontos como a fragilidade dos processos formativos, capacitações e até mesmo a falta de identificação com a temática. Como demonstra os relatos a seguir:

> A gente vê assim que a pessoa passar num concurso e é jogada para trabalhar aqui, mas nem sempre a pessoa tem afinidade com esse trabalho e não tem o conhecimento teórico suficiente para trabalhar aqui, entendeu?(P-01).
>
> Ah tá, não sei, é... não sei... diretrizes que falam sobre saúde mental, não é? Eu não sei não... não sei qual que é a portaria... não sei. (P -09).
>
> Ah, eu não sei. Portarias, diretrizes. Assim, tem, só que eu não vou saber de cabeça, de falar aqui, não sei mesmo. (P -07).

A necessidade de capacitação das pessoas que trabalham com saúde mental é reconhecida e reafirmada em todos os documentos publicados pelo Ministério da Saúde/SUS, sendo a adequada formação técnica e teórica desses trabalhadores o desafio da implantação do novo paradigma do cuidado (Cavani, 2001).

Para Silva, Oliveira e Kamimura (2014), a característica indispensável ao bom desempenho das atividades no novo modelo de atendimento é a capacitação dos técnicos para o desempenho de suas funções junto às pessoas com transtornos mentais.

> Assim, o investimento ético-político em processos reflexivos de formação sobre a saúde mental se situa em um contexto de afirmação do direito à cidadania e à tentativa de afastamento das políticas exclusivamente assistencialistas e normalizadoras, as quais tendem a reduzir a questão do sujeito da loucura a processos preponderantemente medicamentosos e disciplinares, com efeitos recorrentemente estigmatizadores e de exclusão social (Medeiros*et. al*, 2016 p.476).

Nessa perspectiva, o desconhecimento dos profissionais acerca da legislação pode gerar equívocos que refletem na repetição de práticas manicomiais. Assim, para garantir o avanço da reforma psiquiátrica além da criação de novos serviços, é preciso dispor de um quadro de profissionais com uma visão integral de tratamento e com uma postura distinta do modelo asilar, com possibilidades de acolher e acompanhar adequadamente os usuários (Furtado e Campos, 2005).

Sendo assim, o papel do técnico se transforma no sentido de desinstitucionalização desse serviço e no modo diferente de interpretar a loucura, não usando o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades (Torre e Amarante, 2001).

Portanto, visando a melhoria do cuidado, torna-se evidente a necessidade de atualização dos profissionais de saúde mental, tanto do nível básico como superior, uma vez, que sem esse aporte teórico, o atual modelo psicossocial estará fadado à ineficiência (Silva, *et al*., 2011).

4.0. PRÁTICAS COTIDIANAS

Diante da gama de respostas é preciso levar em consideração que existem diversas práticas e formas de cuidado prestados aos usuários, porém as mencionadas por sete dos

participantes caracterizam-se em formato de grupo, oficinas, escuta qualificada, atendimentos individuais e ainda matriciamentos. Como o trecho a seguir expressa:

> Como uma forma de ressignificação de vidas que é o que eu trabalho dentro das oficinas de expressão artísticas, de psicodrama que eu trabalho, é a arte através do corpo, a arte através delas, das pinturas... a expressão artística, né? Eu gosto muito de trabalhar com dinâmica de grupo (P -05)

Frente a isso, Tavares (2003) afirma que a valorização da arte está presente na saúde mental enquanto fonte de inspiração e forma de cuidar, sendo reconhecida como a manifestação mais libertadora e realizadora da nossa condição humana. Ainda de acordo com este autor, a arte oferece a possibilidade de reinvenção da existência do sujeito, potencializando suas singularidades no processo de construção da cidadania, favorecendo a implementação de novos dispositivos assistenciais em saúde mental.

Com isso, a arte provoca experiências socializadoras e compartilháveis, como meio deprodução e inserção social das pessoas com transtorno mental (Tavares, 2003). Além da arte, os profissionais utilizam-se de outras estratégias em suas atividades grupais, como a atividade física, segue o trecho para ilustrar:

> Meus grupos são voltados para atividade física porque não fica tão ligado ao transtorno, então eu mostro para eles: olha, vocês conseguem. Jogam bola, a gente faz atividade, a gente vai para piscina, é, eu tento mostrar tanto para eles quanto para família que eles são capazes. (P -07).

A prática da atividade física como modalidade terapêutica direcionada as pessoas com transtorno mental vem sendo compreendida como um meio de gerar benefícios para a saúde (Lourenço, et.al., 2017). Assim, a busca de reinserção social através da atividade física junto às situações ligadas a saúde mental, pode ser vista, portanto, como possibilidade de resgate de eficácia terapêutica das relações sociais (Lourenço,et.al,. 2017).

Desta forma, o CAPS procura, além de atender os usuários de sua região, propiciar-lhes o pleno exercício da cidadania e maior interação entre a família e comunidade (Ministério da saúde, 2004). Assim, a atividade física quando dirigida às pessoas institucionalizadas, ameniza a sensação de isolamento, tornando-a mais envolvida e cooperativa nas atividades em que participa, melhorando sua disposição física, aumentando a sua autoestima, bem como reduzindo a ociosidade (Lourenço, et.al., 2017).

Nesse sentido, o CAPS oferta seus serviços em ambientes abertos, localizados no próprio território, considerando o usuário em seus aspectos sociais, interacionais e existenciais, o que implica em apoio multidimensional e abrangente por parte da equipe (Pegoraro*et. al*, 2014). Desse modo, Cardinal (2017) ressalta que os CAPS consistem em um serviço baseado na humanização e preservação do convívio social,efetivando um contato na comunidade, no local de trabalho, no ambiente familiar.

Com isso, pode ser percebido que de acordo com as entrevistas, a prática se torna um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria umrevezamento de uma prática a outra, nenhuma teoria pode se desenvolver semencontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para romper o muro (Foucault, 1979). Abaixo evidencia-se a concepção do participante acerca de sua prática em que engloba a família, realização de matriciamentos e enfatiza o processo de acolhimento aos usuários:

> A gente faz os matriciamentos, a gente faz os atendimentos com a família para explicar, para orientar (...) aqui nós somos técnico de saúde mental, então assim a gente procura ter esse acolhimento com os usuários, fazer os matriciamentos para tá inserindo eles na sociedade, as oficinas para ajudar no processo terapêutico, e eu acho que assim, o que a gente mais tem aqui no CAPS é esse acolhimento, que muitos falam para gente, então assim, colocar o usuário como pessoa comum e não como um doente, né? (P -08).

De acordo com a Política Nacional de Humanização o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes (Ministério da Saúde, 2010).

Diante desse contexto, Santos e Nunes (2011) afirmam que a criação dos CAPS representa parte das conquistas ainda em curso, do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, sendo compreendidos como espaços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, que possuem um tipo declínica centrada na família, comunidade e usuários. Desse modo, são compostos por equipes multidisciplinares direcionando o cuidado para pessoas com transtornos mentais graves em uma área territorialadstrita à sua localização (Santos & Nunes, 2011).

Assim, uma das atividades realizadas por esse serviço é o Matriciamento ou apoio matricial, como foi citado acima, caracterizando-se enquanto um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, em um processo de construção compartilhada (Ministério da Saúde Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011). Desse modo, a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, a articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental (Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, 2005).

É preciso considerar que a produção do cuidado proporciona ao SUS a qualificação da escuta dos usuários, visando contribuir com a identificação dos problemas e reorganizaçãodo processo de trabalho centrado no usuário, sendo o acolhimento um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário (Ignácio & Bernardi, s.n).

Além dessas práticas foi possível evidenciar que existe um contraponto, uma vez que, cinco participantes relataram ações que se distanciam da proposta da Reforma Psiquiátrica, englobando questões referentes as dificuldades em trabalhar a partir da redução de danos, ao tratamento medicamentoso que por sua vez atrela-se as formas de controle dentro e fora da instituição. Com isso, o trecho abaixo ilustra um desses pontos:

> "Quando a gente vai ver as práticas de pessoas que estão mais antigas assim nesse processo ainda é algo não tão reforma assim, sabe? Ainda é algo mais implicado numa coisa institucional e não de redução de danos, enfim" (P -02).

Considerando que a implementação dos preceitos da Redução de Danos (RD) no Brasil não foi um processo tranquilo, tratando-se de uma estratégia de saúde pública que, apesar de eficaz, tem encontrado muitos obstáculos, evidencia-se que há uma contradição entre a política proposta pelo Ministério da Saúde e o que preza a legislação que referente as drogas no país (Espindola, 2010).

Desse modo, é indispensável analisar as políticas antidemocráticas sobre drogas, que se firmaram no seio da própria democracia brasileira, assim como os interesses políticos e econômicos implícitos em seu interior, que foram uma constante na adoção das mesmas em diversos lugares do mundo (Melo, R.V. Jr, 2011).

Contudo, vale ressaltar que os CAPS AD são dispositivos institucionais de assistência a usuários de álcool e outras drogas, tendo como fundamento a diretriz clínica-política da RD, visando o trabalho em rede com outros serviços socioassistenciais e diretamente com a comunidade, assim a abstinência não deve ser mais a única meta possível do tratamento (Espindola, 2010).

Nessa perspectiva a RD seria um caminho direcionado a "educação para autonomia", visando esclarecer as diferentes relações estabelecidas com a droga e as diversas possibilidades de ação educativa: no uso não-dependente, poder-se-ia se trabalhar a percepção

dos riscos e o acompanhamento, em vez de medicalização e ação policial (Melo, R.V. Jr, 2011).

Desse modo, adentramos num outro ponto da categoria, uma vez que o participante abaixo relata sobre a questão do tratamento medicamentoso e de que forma é conduzido em alguns momentos no serviço, nesse caso, desconsiderando o discurso do usuário.

> "Eu vejo colegas que dizem assim para o paciente 'você vai parar de tomar quando você entrar no consultório e pedir para o médico para tirar' entende? E aí, até lá aquele paciente tem que ficar tomando a medicação que está para ele e não está legal" (P - 06).

Então, acompanhando o que Melo, R.V. Jr (2011) coloca, evidencia-se que o poder disciplinar de algumas instituições que lidam com esse tipo de demanda tenta adestrar o corpo daquele que faz uso da droga, impondo-lhes limites e regras para sua utilização. Frente a isso, é possível inferir há certamente uma relação com a construção histórica existente em torno da temática, uma vez que o discurso médico em épocas anteriores possuía uma conotação muito mais normatizadora do que preventiva quanto ao abuso de substâncias psicoativas (Melo, R.V. Jr, 2011).

Possuindo como objetivo a elaboração de formas de controle sobre a classe trabalhadora, remontando ao modelo da medicina de trabalho caracterizado pelo controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas as classes mais ricas (Garcia, Leal & Abreu, 2008; Foucault, 2010).

Entretanto, vale ressaltar que a atenção psicossocial tem como proposta compreender a determinação biopsíquica e sociocultural do processo saúde-doença, bem como a história social dos sujeitos, respeitando as suas subjetividades e intervindo na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e pautando o caráter multidisciplinar da assistência prestada. (Moraes, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o CAPS possui um lugar de destaque na política de atenção a saúde mental, sendo o ordenador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tornando-se o principal dispositivo substitutivo ao modelo hospitalecêntrico. Então, reafirmandoque o presente estudo teve como objetivo principal identificar no discurso dos trabalhadores dos CAPS a relação entre as concepções teóricas do campo da saúde mental, as práticas cotidianas no serviço e a promoção da desinstitucionalização no cuidado em saúde mental em Palmas/TO, é possível inferir que os participantes apresentaram discursos díspares e diversos contrapontos presentes em todas as categorias, explícita ou implicitamente.

No entanto, essa pesquisa não possui a pretensão de esgotar ou finalizar essa discussão, entende-se que a Reforma Psiquiátrica ainda está em curso, necessitando avançar cada vez mais, apesar da difícil conjuntura política, econômica e social que está sendo vivenciada no Brasil.

A diversidade de respostas pode indicar dificuldadequanto a compreensão e definição conceitual, especialmente,do processo de desinstitucionalização, reafirmando a existência dicotômica entre este conceito e o de desospitalização, demonstrando a existência de uma linha tênue entre ambos.A desospitalização não prevê a superação do modelo manicomial, por outro lado, a desinstitucionalização propõe a desconstrução de todo o aparato manicomial, significando mais que o fim da estrutura física do manicômio, mas a superação de toda a trama de saberes e práticas vigentes, causando uma ruptura de paradigmas(Machado, 2003).

Vale ressaltar também que tal dificuldade pode ser permeada por uma fragilização e (des) articulação com as suas concepções teóricas, apresentada,consequentemente, através dasrespostas incipientes e de forma fragmentada dos participantes, ocasionando e refletindo na construção e aplicação de suas práticas nos serviços.

É necessário ponderar que existe uma infinita gama de atuações práticas e estratégias de cuidado direcionadas aos usuários, como os grupos e oficinas terapêuticas, matriciamentos, etc. No entanto, é possível perceber os contrapontos, pois os participantes ora relatam suas

concepções acerca da Reforma Psiquiátrica e o quanto esse processo modificou o modelo de atenção a saúde mental, ora relatam desconhecer a própria legislação e seus marcos históricos e legais, por vezes desacreditando da possibilidade de êxito e eficácia de tal processo.

Diante da conjuntura instável que vivemos no Brasil, o avanço da Reforma tem sido ameaçado, uma vez que, o atual coordenador nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, Quirino Cordeiro, nomeado na gestão de Michel Temer, tem se posicionado a favor da retomada do modelo manicomial como tratamento em saúde mental, visando o aumento dos leitos psiquiátricos utilizando o recurso público para o seu financiamento (Formenti, 2017).

Além disso, recentemente o Ministro Osmar Terra lançou uma resolução que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) em que prevê o foco do tratamento aos usuários de álcool e outras drogas e capacitações profissionais sob a perspectiva da abstinência, internações involuntárias e incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas (Rodrigues, 2018).

Tais posicionamentos podem encontrar certa conexão com algumas práticas desenvolvidas nos serviços. Porém, um ponto que chama atenção, para além das concepções teóricas, diz respeito a identificação de controvérsias entre as ações que estão no caminho trilhado pela Reforma Psiquiátrica e ações que estão na contramão desse processo.

Por isso énecessário destacar a importância do reconhecimento que os participantes tiveram acerca deste contraponto, uma vez que há essa identificação, há também um horizonte de mudança, podendo ser um terreno fértil para se construir resistências contra todos os tipos de ataques direcionados à democracia brasileira, ao SUS e à Política Nacional de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In: Resenhas book reviews, *Cad. Saúde Pública*, Editora Fiocruz. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/27.pdf.

Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1 (1). Recuperado de: http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107

Ballarin, M. L. G. S., Carvalho, F. B., Ferigato, S. H., Miranda, I. M. S. (2011) Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O Mundo da Saúde*, 35 (2), 162-168. Recuperado de: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/162-168.pdf

Bezarra, B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis* Rio de Janeiro 17 (2). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002

Cavani, A. L. J, (2001) Um Remédio contra a exclusão: Maledetta folia? Uma revisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília,17 (3), pp. 211-223.. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000300003&lng=es

Cusinato, C. (2016) *Reforma psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).* (Dissertação de mestrado) Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, São Paulo. Recuperado de https://repositorio.unesp.br/handle/11449/144447

Dimenstein, M & Liberato, M. (2017). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*,1 (1), 2009. Recuperado de: http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142

Espindola, L.F.G. (2010). *Redução de danos: uma análise da prática profissional das assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas-CAPS AD*. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal de Pernambuco – CCSA, Recife, PE, Brasil. Recuperado de: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/9479/arquivo374_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Faria, E.L & Menezes, M.G.B. (2016). Uma análise das políticas públicas em saúde mental: um olhar sobre os avanços e desafios. Revista Digital FAPAM, Pará de Minas, 7(7), 347-356. Recuperado em: http://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/147/145

Focault, M. (2010). Microfísica do poder. Organização e trabalho de Roberto Machado. São Paulo, Graal. (trabalho original publicado em 1979).

Formenti, L. (2017). SUS discute retomada do papel de hospitais psiquiátricos; medida é criticada. O Estado de S.Paulo. Recuperado de: http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sus-discute-retomada-do-papel-de-hospitais-psiquiatricos-medida-e-criticada,70001959717

Furtado, J. P. & Campos, R. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 3 (1),109-122. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000100109.

Furtado, R.P; Sousa, M. F.; Martinez J. F. N.; Rabelo, N. S. ; Oliveira, N. S. R. & Simon, W. J. (2017). Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. *Saúde Soc*., 26(1),183-195. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902017000100183&script=sci_abstract&tlng=pt

Garcia, M. L. T; Leal, F. X & Abreu, C. C (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. Psicol. Soc. 20 (2), 267-276. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822008000200014&script=sci_abstract&tlng=pt

Guedes A.C.; Kantorski, L. P.; Pereira, P. M.; Clasen, B. N.; Lange, C. & Muniz, R. M. (2010) A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf*.;12(3), 547-53.

Heidrich, A.V. (2007). *Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. (Tese de doutorado) Pontífice Universidade Católica. Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2BCompleto-0.pdf

Ignácio, M. D.D. &Bernadi, A. B. (S.D.) *O acolhimento como dispositivo de cuidado em saúde mental na atenção básica. (*Trabalho de Conclusão de curso) Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

Lancetti, A. (1990) Loucura Metódica. In: Saúde Loucura nº 02. São Paulo: Hucitec.

Lei 10.216 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. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

Lei nº. 2010, de 12 de dezembro. (2013) Institui o Programa Integrado de Residências em Saúde – PIRS e o Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho – PET/ Diário Oficial [do município de palmas], Palmas, TO, Ano IV, Nº 909. Recuperado de: https://leismunicipais.com.br/a/to/p/palmas/lei-ordinaria/2013/201/2010/lei-ordinaria-n-2010-2013-institui-o-programa-integrado-de-residencias-em-saude-pirs-e-o-programa-municipal-de-bolsas-de-estudo-e-pesquisa-para-a-educacao-pelo-trabalho-pet-palmas-e-adota-outras-providencias.

Liberato, M. T. C. (2011). A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica: articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicosocial. (Tese de Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Recuperado de: http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/17393

Lourenço, B.S.; Peres, M.A.A. ; Porto, I. S; Oliveira, R.M.P & Dutra, V.F.D. (2017) Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery* 21(3).

Machado, V. C. (2003) A recusa à desospitalização entre pacientes internos de hospital psiquiátrico. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Riberião Preto, SP, Brasil. Recuperado de: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-05102006.../MsMachadoVC2.pdf

Martinhago, F. (2011). Desinstitucionalização e a prática nos centros de atenção psicossocial (CAPS): a percepção dos profissionais de Santa Catarina. (dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Recuperado de: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/95717

Medeiros, G.T; Nascimento A. F.; Pavòn, R. G.& Silveira, F. A. (2016). Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência *Interface*. Botucatu, 20(57). Recuperado de:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832016000200475&script=sci_abstract&tlng=pt

Melo, A. (2011). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: reflexões acerca de suas dimensões e dos desafios na atual conjuntura. In: Revista do Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social. *Anais do 5º Seminário nacional Estado e políticas sociais*. Cascavel, Paraná, Brasil. Recuperado de: http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Resumo_politicas_seguridade/Resumo_a_reforma_psquiatrica_no_brasil_reflexao_dimensoes_desafios.pdf.

Melo, A.M.C. (2012). Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* Florianópolis, 8, (9) 84-95.

Melo.R.V. Jr. (2011). Redução de danos e o saber-fazer de profissionais de um CAPS ad em Natal-RN. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

Mesquita, J.F.; Novellino, M. S. F. & Cavalcante, M.T. (2010). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. *Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, Caxambu, MG, Brasil. Recuperado dehttp://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf.

Ministério da Saúde (2004). Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília- DF. Recuperado de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Ministério da Saúde Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental* Brasília. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral a saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários acompanhantes e profissionais. Ciênc. saúde coletiva. 13 (1)

Pegoraro, R.F; T. J. L.Cassimiro & N. C.Leão (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da Psicologia da estratégia da saúde da família. *Psicologia em Estudo*, 19 (4) 621-631. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00621.pdf

Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reformapsiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dosServiços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Rodrigues, A. (2018). Conad aprova resolução que pode mudar políticas de combate às drogas. Agência Brasil. Recuperado de: http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/conad-aprova-resolucao-que-pode-mudar-politicas-de-combate-drogas

Severo, A. K.& Dimenstein, M. (2011). Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 31(3) 640-655,. Recuperado de:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015

Silva S. P; Oliveira, A.L & Kamimura Q. P. (2014). Capacitação em saúde mental: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*. 9 (3), 406-416 Recuperado dehttp://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/V9N3A16

Silva, E. K. B & Rosa, L. C. S. (2014). Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? *Revista. Katál* 17(2) 252-260, Recuperado dehttp://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0252.pdf

Souza, M. C.& Afonso, M. L. M. (2015). Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica Gerais. *Rev. Interinst. Psicol*. 8 (2). Recuperado de:http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a04.pdf

Tavares, C. M. M. (2003). O papel da arte nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Rev. bras. enferm*. 56 (1). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672003000100007

Torre, E. H. G & Amarante, P. (2001) Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1) 73-85. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232001000100006&script=sci_abstract&tlng=pt

Vecchia, M.D. & Martins, S.T.F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100013.

Yasui, S. (2010). Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf.

ANEXO

Abaixo seguem as normas da Revista Psicologia e Saúde, que possui Qualis B2.

A revista Psicologia e Saúde adota como base para as normas de publicação, o estilo editorial da APA, 4ª edição, publicada em Português pela Artes Médicas como Manual de Publicação da *American PsychologicalAssociation* (2001). Porto Alegre: Artmed Editora.

Formatação:

Fonte:

12, Times New Roman. Margem: superior e inferior, direita e esquerda 2,5cm. Espaço: duplo, inclusive para tabelas e figuras. Numeração das páginas: direita superior. Número de folhas: de 15 a 25 folhas A4, sem contar a folha de rosto e a folha com as informações sobre os autores, (até 3 folhas A4 para resenhas). Ordinariamente, não serão publicados eventuais anexos aos artigos e relatos, raríssimas exceções poderão ser consideradas pelo Comitê Editorial. Todo o texto deverá ser apresentado apenas com alinhamento à esquerda.

Autor:

O(s) nome(s) completo(s), logo abaixo do título e seguido da respectiva filiação institucional. Endereço, titulação acadêmica: em folha separada. Não se admite mais de 5 autores por artigo e relato. Destaques de: palavras, expressões ou pequeno texto que o autor quer destacar, sublinhados e não em negrito, nem em itálico.

Resumo (em folha separada):

Título em Português, com no máximo 15 palavras, em maiúsculo, não mais que 150 palavras (ou 960 caracteres incluindo-se pontuação e espaços) e até 5 palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (;), no final. A primeira palavra com a inicial em letra maiúscula. Por exemplo: Psicologia da saúde; Representações sociais; Subjetividade; Saúde mental; Qualidade de vida. Tratando-se de um relato de pesquisa, o resumo deve conter: contextualização do tema e o problema, características da amostra, instrumentos utilizados para coleta dos dados, procedimento, resultados, discussão e outras implicações. Quando se tratar de um trabalho teórico, depoimento relevante ou de um estudo crítico, deve conter abrangência temática, objetivos, fontes utilizadas, questionamentos suscitados, conclusões. Solicita-se que nota para rodapé da primeira página sobre o trabalho e autor(es) seja apresentada juntamente com o endereço completo do autor principal, em folha separada. Abstract (resumo em inglês) Resumen (resumo em espanhol) Todos os artigos devem apresentar títulos em maiúsculo, resumos e palavras-chave em português, inglês (abstract/key-words) e em espanhol (resumen/palabras-clave), mantendo fidedignidade ao texto em português. No caso de outro idioma, apresentar também na própria linguagem.

Notas de rodapé:

Pede-se que sejam evitadas notas de rodapé de página. Aceita-se uma outra nota, desde que seja de extrema necessidade para esclarecimento de uma expressão utilizada. Titulação do autor, endereço ou outra informação considerada relevante deve ser apresentada em folha separada.

Citações no texto;

Ao se fazer referência a trabalho de um ou mais autores mencionam-se somente seus respectivos sobrenomes. Seguem exemplos de como o autor do manuscrito proposto

deve fazer citações no corpo do trabalho: a) um só autor: Carlson (1969) ou (Carlson, 1969); b) dois autores, repetir sempre os sobrenomes: Klopfer e Davidson (1966) ou (Klopfer&Davidson, 1966). c) três a cinco autores pela primeira vez: (Eldredge, Locke &Horowitz, 1998); (Holdnack, Moberg, Arnold, Scmidt&Gur, 1994); (Holdnack, Moberg, Arnold, Gur, J. M. &Gur, R. C. - quando dois autores têm o mesmo sobrenome - 1994). Da segunda vez em diante, basta mencionar o sobrenome do primeiro seguido de et al.: (Elredge et al., 1998); (Holdnack et al., 1994). e) grupo com seis autores: citar somente o sobrenome do primeiro, seguido de et al., ano de publicação. No exemplo: Holdnack, Moberg, Fromm, Arnold, Scmidt e Gur, 1994; a citação no texto passa a ser (Holdnack et al., 1994). Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados. Citação indireta: Quando a referência é feita com base em fonte secundária consultada, cita-se o autor original, com a indicação in do autor da fonte consultada; Ex.: De acordo com Merejkowski (in Bash, 1967).

Citação no correr do texto e citação em bloco:

a) Quando a citação textual é inferior a 40 palavras, insere-se no correr do texto: "Eu me apresentei e como aposentado eu vivia procurando um meio de harmonizar tudo, não me entediar com a aposentadoria. Então eu vou para os meus filhos" (Vitola, 1998, p. 75). b) Quando a citação excede 40 palavras, toda ela, sem aspas no início e no final, em espaço duplo e igualmente em fonte 12, deve se situar a cinco caracteres da margem esquerda até o final da margem direita. Exemplo: Devem ser levados em consideração os seguintes achados:

Existem concordâncias, e em algumas situações reações muito fortes entre os dados experimentais de Szondi e os encontrados por Rorschach. Nossas pesquisas, abrangendo mais de 400 protocolos têm mostrado alta correlação (muitas delas além da probabilidade 0.001) entre a configuração do ego de que fala Szondi e certos números de sinais apontados por Rorschach (Melon, 1975, p. 270).A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhada e entre colchetes, logo após o erro.

A omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Agrave; história oficial das mulheres descrita nos livros, soma-se uma construída no anonimato do dia-a-dia, registrada na biografia de cada mulher. Essa história, única, faz parte e também escreve a história do todo, do universo feminino. Ouvi-las é dar voz ao coração de quem muitas vezes vive batalhas diárias .... Desse modo, como as questões de gênero se engendravam nas histórias de vida daquelas mulheres? (Benites &Barbarini, 2009, p. 17).

Tabelas:

São consideradas tabelas as apresentações em colunas, contendo nomes (Tabela x) ou nomes e número (Tabela y) com ou sem linhas demarcadas. Cada tabela, com número, título e nota de rodapé (conforme o caso) aparecerá em folha separada, no final do trabalho, cabendo ao autor indicar com a palavra inserir aqui, no texto, onde ela aparecerá.

Figuras:

Leva o nome de figura toda imagem que ilustra o texto por gráfico estatístico, desenho ou foto. Deve conter os indicativos (Número, título, nota de rodapé, legenda) conforme constam nas tabelas X e Y. Cada uma deve ser apresentada em folha separada, no final do trabalho, sendo que o autor deve indicar no texto, onde ela deverá ser inserida.

Lista de Referências:

Escreve-se com letra maiúscula somente a inicial do sobrenome e abreviação do primeiro e segundo nome de cada autor. Os sobrenomes do ou dos autores serão seguidos do ano da publicação, título sublinhado quando livro, periódico e volume sublinhados quando se tratar de artigo, local e editora. Inicia-se cada referência sem recuo, na margem esquerda. O recuo deverá ser colocado a partir da segunda linha. Eis alguns exemplos de como preparar a lista de referências dos autores.

Artigos:

Boyce, P., Parker, G., Hickie, I., Wilhelm, K., Brodaty, H., & Mitchell, P. (1990). Personality differences between patients with remitted melancholic and nonmelancholic depression. American Journal of Psychiatry, 147 (11), 1476-1483.

Geschwind, H. N. (1972). Language and the brain. Scientific American, 105 (2), 76-83.

Livros:

Klopfer, B., & Davidson, H. H. (1966). Manual introductório de la técnica delRorschach, (1ª ed.). Buenos Aires: Editorial Paidos.

Freedman, A. M., Kaplan, H. I., &Sadock, B. J. (1980). Compendio de psiquiatria, (1ª ed. em espanhol). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

American PsychiatricAssociation (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV, (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Capítulos de livro:

Petracco, A., &Badalotti, M. (1997). Infertilidade: definições e epidemiologia. In M. Badalotti, C. Teloken, & A. Petracco (Eds.), Fertilidade e infertilidade humana (pp. 3-7). Rio de Janeiro: Ed. Médico e Científica.

Hier, D. B. (1984). Cefaléia. In Samuels M. A. (Ed.), Manual de Terapêutica Neurológica (2ª ed., pp. 17-32). Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda.

Meios eletrônicos: Quando o periódico tiver a versão impressa e eletrônica:

Meyer, S., & Bock, K. (1992). The tip-of-the-tongue phenomenon; Blocking or partial activation? [Versão eletrônica]. Memory&Cognition, 20, 715-726.

Quando o periódico tiver exclusivamente a versão na Internet:

Fredrickson, B. L. (2000, Março 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention & Treatment, 3. Acessado de ftp://ftp.princeton.edu/harnad/Psycholoquy/2000.volume.11/psyc.00.11.001.language-sex-chromosomes.crow

Gramática e ortografia.

A revisão gramatical e ortográfica do texto é de responsabilidade do autor. O Editor e o Comitê Editorial poderão efetuar pequenas modificações e correções gramaticais e ortográficas complementares que se fizerem necessárias.

Não cumprimento das normas

Manuscritos propostos que não sejam apresentados dentro das normas estabelecidas não serão avaliados.

Parecer e informações ao autor

Não serão devolvidas aos autores cópias de manuscritos propostos. Após a avaliação do manuscrito o autor será informado quanto a se foi aceito e em que número será publicado, ou não foi aceito para publicação nesta revista.

Direitos autorais.

A revista Psicologia e Saúde permite a reprodução total em outro órgão de publicação mediante a autorização por escrito do editor, desde que seja feita citação da fonte (Psicologia e Saúde) e remetido um exemplar da reprodução. A reprodução parcial, superior a 500 palavras, tabelas e figuras deverá ter permissão formal de seus autores.

Responsabilidade

Textos, posicionamentos teóricos e ideológicos, contidos nos trabalhos propostos, são da responsabilidade do autor.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todos os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor"

Declaração de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a revista. Em virtude de aparecerem nesta revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.

Política de Privacidade Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista

REINSERÇÃO PROFISSIONAL DA MULHER EM TRATAMENTO NO CAPS AD III EM PALMAS-TO
PROFESSIONAL REINSERTION OF WOMEN IN TREATMENT IN CAPS AD III IN PALMAS-TO

Márcia Vânia Pereira de Oliveira [1]
Jonatha Rospide Nunes [2]
Érica Pollyana Oliveira Nunes [3]

Resumo: O estudo em questão teve por objetivo compreender como ocorre a reinserção profissional da mulher em uso de álcool e outras drogas, que realiza tratamento no CAPS Ad III no município de Palmas/TO. Trata-se de uma pesquisa social qualitativa de campo. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista de roteiro estruturado com cinco profissionais e cinco usuárias, que foram apreciadas por análise de conteúdo. No resultado surgiram as seguintes categorias “As estratégias de reinserção da usuária do CAPS Ad III no mercado de trabalho”, “Desafios de reinserção da usuária do CAPS Ad III no exercício profissional” e “Fragilidade de articulação em rede na reinserção da usuária do CAPS Ad III na vida laboral”. A discussão evidencia dois perfis dos participantes. De um lado os profissionais que desenvolvem atividades/ações de reinserção profissional e de outro, as usuárias que participam das atividades ofertadas no serviço. Os desafios que as usuárias e profissionais enfrentam em comum na busca da reinserção profissional, está relacionado à ausência de projeto específico de reinserção profissional, a fragilidade de articulação com as políticas públicas e sociais, o não alinhamento das atividades/ações no serviço. Outras situações apresentadas no estudo são: a vulnerabilidade social, o preconceito, a estigmatização e a qualificação profissional incompleta das usuárias, e ainda a fragilidade no monitoramento a respeito da reinserção profissional.
Palavras-chave: Reinserção Profissional; Mulher; Saúde Mental; CAPS Ad III.

Abstract: The objective of this study was to understand how the professional reinsertion of women using alcohol and other drugs, which performs treatment in the CAPS Ad III in Palmas / TO, is, carried out. This is a qualitative social field research. For data collection, a structured script interview was used with five professionals and five users, who were evaluated by content analysis. In the result the following categories emerged: "Strategies for re-insertion of the CAPS Ad III user into the labor market", "Challenges of reinsertion of the CAPS Ad III user in the professional practice" and "Fragility of networking in the reinsertion of the CAPS user Ad III in working life ". The discussion shows two profiles of participants. On the one hand the professionals who develop activities / actions of professional reintegration and on the other, the users that participate in the activities offered in the service. The challenges that the users and professionals face in common in the search for professional reintegration are related to the absence of a specific project of professional reintegration, the fragility of articulation with public and social policies, and the non-alignment of activities / actions in the service. Other situations presented in the study are: social vulnerability, prejudice, stigmatization and incomplete professional qualification of the users, and also the fragility in the monitoring regarding the reintegration professional.
Keywords: Professional Reinsertion; Woman; Mental health; CAPS Ad III.

[1]Graduada em Serviço Social pela Unitins e pós-graduanda em Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública (FESP/TO). E-mail: marciavania86@gmail.com
[2]Mestre em Psicologia e especialista em Preceptoria no SUS e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. E-mail: jonatharospidenunes2015@gmail.com
[3]Graduada em Serviço Social pela Unitins e especialista em Saúde de Família e Comunidade. E-mail: ericapollyoliveira@gmail.com

Introdução

O álcool e outras drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade, desde os tempos pré-históricos, ainda que o uso mais frequente se realizasse para fins medicinais. Há indagações que o uso de drogas para alterar a consciência veio da necessidade de saciar a fome, a sede e o desejo sexual (Santos et al., 2013).

Mesmo que o envolvimento com as drogas seja considerado socialmente uma conduta masculina, segundo Souza (2014), estudos epidemiológicos sinalizam o crescimento do número de mulheres consumidoras de substância psicoativas lícitas e ilícitas, o envolvimento das mulheres acontece através de relações de afeto com homens de seu contexto social tais como: companheiro, irmão e vizinho.

O cuidado em saúde com as pessoas com transtornos mentais acontecia através de internação que instituiu modelo hospitalocêntrico este se mostrou ineficaz desumano e cronificante. O modelo dificultava a reintegração familiar e comunitária (Barroso et al., 2011).

O movimento da reforma psiquiátrica impulsionou a criação de legislação, neste caso a Política de Saúde Mental (PSM), que segue o preconizado pela lei 8080/90-SUS. Considerando a lei 10.216 /2001, que garante os direitos e a portaria GM/MS n° 336/ 2002, que regulamenta o Centro de Atenção psicossocial (CAPS), serviço de atenção psicossocial para as pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Com a finalidade de realizar ações de prevenção e redução de danos em relação ao uso, promover a reabilitação e reinserção desses indivíduos (Portaria Nº 3.088/2011).

Outro dispositivo essencial é a portaria 130/2012, que redefine o CAPS Ad III 24h com a oferta do acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais (Brasil, 2012).

No município de Palmas/TO, a rede de serviços que compõe a PSM é: 01 CAPS II, 01 CAPS Ad III, 01 Equipe de Consultório na Rua (eCR), 01 enfermaria especializada em Hospital Geral. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na atenção de urgência e emergência consiste em: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Não existem instituições de caráter transitório

como: Unidade de Acolhimento, Centro de Convivência, Serviços de Atenção em Regime Residencial, CAPS i (Brasil, 2011).

O período em que atuei como residente no programa de saúde mental percorri alguns dos serviços da RAPS, sendo: CAPS II, CAPS Ad III, UBS e eCR. O serviço CAPS Ad III oportunizou-me contato direto com as mulheres em uso prejudicial de álcool e outras drogas, que manifestou inquietações para pesquisar e compreender como ocorre a reinserção profissional destas neste serviço.

Passos (2018) expõem as relações de reestruturação produtiva, capitalismo e neoliberalismo, que corrobora o aumento do emprego feminino, no víeis da terceirizado e realização de tarefas no domicílio, no espaço doméstico.

As discussões mencionadas nos levam a refletir a inserção da mulher em uso prejudicial de álcool e outras drogas no mercado de trabalho, onde algumas barreiras físicas e sociais são visualizadas no cotidiano da vida social. (Souza et al., 2014) aponta situações de desequilíbrio familiar e emocional, situações de violência, diversas internações para tratamento da dependência química e dificuldades de inserção e manutenção no mercado de trabalho.

Com a finalidade de garantir a reinserção profissional instituiu-se a portaria 132/2012, a qual enfatiza o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente reabilitação psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta relata a possibilidade de políticas de economia solidária, acesso ao trabalho, solidariedade, inclusão social, cooperação, autogestão e geração de alternativas concretas para melhorar as condições reais da existência de segmentos menos favorecidos (Brasil, 2012).

O estudo é relevante para sensibilizar a sociedade na discussão da especificidade da mulher em uso de álcool e outras drogas e sua inserção no mercado de trabalho. E também lança novos conhecimentos desta realidade social, que pode contribuir para construção de práticas no CAPS Ad III que possam qualificar a reinserção laboral da mulher. Tendo em vista que, segundo (Souza et al., 2011) o fenômeno das drogas com ênfase no uso indiscriminado, e considerando os determinantes sociais de saúde, a problemática apresenta uma demanda complexa com inferências no individual e na administração pública.

Percurso metodológico

O estudo configurou-se como pesquisa social de natureza qualitativa, visando realizar um estudo de campo que buscou o aprofundamento de uma realidade social. O objetivo da pesquisa foi exploratório e teve como propósito desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, e proporcionar a aproximação a cerca de um determinado fato (Gil, 2008).

Os participantes da pesquisa foram às usuárias com idade entre dezoito e cinquenta anos que realizam tratamento há cerca de seis meses no serviço CAPS Ad III, e os profissionais que coordenam atividades/ações de reinserção profissional no serviço, que, por conseguinte, aceitaram o convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa.

Para a coleta de dados com os participantes, foi utilizada a entrevista com roteiro estruturado, que constavam para a usuária quatro questões referentes sobre a existência de atividades/ações de reinserção profissional realizada pelo serviço, se participam das atividades e quais são elas, se enfrentam dificuldades na busca do trabalho formal e informal e o que o serviço oferta para superar as dificuldades, sendo identificado também o perfil das usuárias. Para os profissionais constavam cinco questões indicativas sobre a existência de atividades/ações de reinserção profissional, quais são elas, se enfrentam dificuldades em realizarem as atividades, o que é trabalhado para superar as dificuldades, como ocorre a reinserção profissional e relato de conquista de trabalho formal e informal pela usuária, e o perfil do profissional. Utilizou-se no momento da entrevista um gravador e blocos de anotações. No estudo foi utilizado o critério de saturação por amostragem.

Na análise dos dados foi realizado o método Análise de Conteúdo (AC), que possibilita captar informações presentes além das falas, que de acordo a autora Bardin na análise é possível aprender a presença ou ausência de característica num determinado fragmento. A análise incidiu em cinco etapas do método da AC: a primeira é a organização da análise, que é a leitura e apreensão dos dados; a codificação do conteúdo que ocorrerá à ligação das ideias e sintetizada nos núcleos; a categorização e a organização das categorias; a descrição originada a síntese das categorias; e a interpretação, que é a compreensão dos resultados (Bardin, 2016). Para identificação e organização das entrevistas, foi utilizada a letra “U” para as usuárias e a numeração de 1 a 5, e a letra “P” para os profissionais e a numeração de 1 a 5.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), com o numero do CAAE: 94833018.2.0000.5516. Os participantes, as usuárias e os profissionais assinaram o TCLE, respeitando e seguindo às diretrizes éticas da resolução n° 466 dezembro de 12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Com a avaliação dos resultados deste estudo foram criadas três categorias, que se consisti em: “As estratégias de reinserção da usuária do CAPS Ad III no mercado de trabalho”, “Desafios de reinserção da usuária do CAPS Ad III no exercício profissional” e “Fragilidade de articulação em rede na reinserção da usuária do CAPS Ad III na vida laboral”.

A análise dos dados da pesquisa permitiu a identificação do perfil dos participantes do estudo, refere-se a dois perfis, constituindo o perfil dos profissionais e o perfil das usuárias do serviço CAPS Ad III.

São profissionais que tem idade entre 23 a 53 anos graduados em serviço social, terapia ocupacional e enfermagem, sendo que, um dos profissionais atua no serviço como técnico de enfermagem. A maioria dos profissionais possui especialização em saúde mental, 40% incompleto, 20% completo, 20% em avalição do SUS e projetos sociais, 20% políticas públicas.

As usuárias apresentam idade entre 34 a 45 anos; 80% se declararam negras, 20% brancas; 60% se identificam solteiras, 20% união estável, 20% divorciadas; com o número de filhos de um a cinco, sendo que 80% possuem filhos, 20% não têm filhos; as quem têm, 60% dos filhos estiveram matriculados em creches, sendo que as outras, 20% não usufrui de creche e 20% estão em abrigo; 80% delas recebem benefícios sociais e 20% não recebem benefícios; 80% já realizaram trabalho informal ou autônomo e 20% não possui renda; 60% dessas mulheres têm escolaridade ensino fundamental e 40% nível superior incompleto.

As estratégias de reinserção da usuária do CAPS Ad III no mercado de trabalho.

Os participantes revelam as atividades/ações realizadas no CAPS Ad III, consistindo em estratégias de reinserção profissional, as mais citadas foram: mural

de oportunidades, artesanato, culinária, cidadania, enfermagem, K entre-nos e café com aroma de mulher, como mostram as falas.

> "Sim, existe... o específico... é o mural de oportunidades, onde a gente traz vaga de emprego, oportunidade de concurso, curso de qualificação" (P1). "Existe... tem o grupo sobre a oportunidade de emprego do sine... e cursos que existe no senac... tem também a culinária, artesanato. " (U4). "Sim, aquele mural de trabalho, de enfermagem, o K entre nos" (U 2). "Café com aroma de mulher" (U 1).

Dentre os participantes, um não visualiza as atividades de reinserção profissional.

> "Não, porque o mercado de trabalho ele exige, qualquer que seja o mercado hoje ele exige um grau de escolaridade... não temos nenhum programa de reinserção na escola" (P5). "Não existe atividade de reinserção no CAPS Ad, já existiu da culinária" (U 3).

Percebe-se nas falas, a participação das usuárias nas atividades do serviço.

> "Participo de todas as atividades que tem aí "(U2). "Já participei de atividade, inclusive eu entrei no serviço quando estava tendo atividade de culinária, um serviço não, um bico" (U3). "Sim, artesanato e culinária são os melhores, o grupo fala do emprego" (U4). "Participei uma vez" (U5).

É perceptível nas falas que a reinserção profissional inicia com a documentação da usuária, seguida de incentivos a qualificação para o trabalho e conquista do emprego, é realizado também estratégia de permanência no emprego formal via documentos de tratamento de saúde.

> "Começa se tem documentos... a gente sabe que para a reinserção a documentação é essencial... se não tem carteira de trabalho, RG e CPF automaticamente esta fora do mercado de trabalho" (P1). "A gente vai fazer as inscrições no curso profissionalizante, muitas vezes saem vaga no sine" (P1). "O técnico de referência" me deu o telefone para eu ir ao sine...eu fiz até a entrevista...aí eles ligaram para minha filha eu estava trabalhando em outro lugar na faxina" (U2). "A paciente já tem o emprego formal se vê que a paciente não esta conseguindo trabalhar...está afastando ela do trabalho para tratamento de saúde, sob orientação medica...porque, uma vez perdido para reinserir e mais difícil " (P1). "Procurei advogado para entrar com causa para empresa me reintegrar porque estava doente, estou em tratamento" (U1).

É citada nas falas a orientação e o apoio realizado pelo técnico de referência,

psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional do CAPS Ad III no sentido de direcionar a usuária trabalhando o empoderamento, autoestima e a autonomia, visualizados como atendimentos pontuais.

> "A gente faz orientação em relação ao que tem no mercado, dar apoio, suporte na realização de currículo nas inscrições no curso... orienta ir ao CRAS para realizar o cadastro de isenção de taxa de inscrição em concurso, faz ligação para buscar mais informação... dar o endereço, assim acredito que estamos dando autonomia para elas estarem buscando" (P1). "Perde o alto cuidado tem aparência que não tão bem vista pelo mercado de trabalho, a gente também trabalha questão da aparência que é exigida delas" (P1). "Os profissionais dá apoio, eu falei com o técnico, ele me deu o telefone para eu ir no sine" (U 2). "O apoio é na palavra no psicológico, tem aquele incentivo, força levanta a cabeça que vai dar certo, o negócio que é fácil falar, não é tão simples assim, tem apoio na palavra , no papel ali em ações já é complicado" (U 3).

No entanto, as orientações nas falas há uma tendência ao trabalho manual e doméstico. Verifica-se uma tendência ao trabalho informal e/ou autônomo.

> "A gente vai identificando aquela pessoa que tem o perfil para trabalho, mas autônomo" (P3). "Mas a mulher aqui eu percebo geralmente ela está voltada pra algo manual, ou seja, mais doméstico "(P4). "Tem uma paciente que faz crochê divinamente bem, e ela esta vendendo muito bem, ela aprendeu fazer crochê aqui ela não sabia. Aliás tem mais de uma que aprendeu aqui ." (P5)

As falas aprestam qualificações em sua maioria voltadas para a área do trabalho informal, apresentando algumas incompletas.

> "Operador de telemarketing, computação, operador de caixa, 3° período contabilidade" (U1). "Já iniciei curso de cabelereira no senac e não terminei, cabelereira incompleto" (U3). "Pedreiro de alvenaria, panificação, salgadeira- senac, qualificação do emprego doméstico – IFTO, agente jurídico popular - Centro de Direitos Humanos, secretariado -IFTO incompleto, arranjos de bonecas , enfeite em geral- AVA , modelo e manequim profissional, informática básica – IFTO, informática avançado incompleto" (U 4). "Fiz de camareira incompleta... na hora da prática eu não fui" (U 5).

Todas as falas representam a ocupação em sua maioria ao trabalho informal.

> "Trabalhei no Banco do Brasil, caixa econômica, operadora oi ,claro, vivo, escritório contabilidade - bolsista, no INSS operador de telemarketing, sou manicure " (U1). "Diarista, passadeira de roupa e faxineira, só isso... eu nunca trabalhei de carteira assinada" (U2).
> "Profissional da noite, cozinheira, cabelereira" (U3). "Trabalhadora

> rural, auxiliar de serviços gerais, assistente administrativo, lan house (U4). “Eu vou pro-estacionamento à noite mais meu maridinho vou arrumar dinheiro lá “(U5).

Observa-se na fala que não é muito claro as formas de trabalho formal e informal.

> “Ocupação nunca teve... uma vez por semana, no domingo, eu trabalho” (U5).

Nas falas é visível a importância da garantia e permanecia da usuária no vínculo trabalhista. Nesse sentido o uso de álcool e outras drogas, é uma demanda de saúde mental, assim utiliza-se estratégias de permanência da usuária no trabalho.

> A usuária “continua empregada, porque a patroa dela conhece o contexto do tratamento... e conseguiu manter o emprego teve auxilio do CAPS, porque quem a mantém no emprego são os relatórios do psiquiatra do CAPS” (P5). “A empresa pediu para participar de entrevista com um doutor, a empresa queria saber se realmente eu tinha problema mental” (U1).

Desafios de reinserção da usuária do CAPS Ad III no exercício profissional

Aparecem nas falas situações de preconceito nos espaços na sociedade que é visualizado como uma barreira para reinserir no mercado de trabalho, o fato de ser paciente do CAPS Ad III, a aparência física e vestimenta, ser tachado de doido, roubo e o uso do álcool e outras drogas.

> “Não vejo dificuldades delas, mas da sociedade em geral do preconceito do estigma que tem em relação às usuárias de drogas” (P1). “A maior dificuldade para realizar a reinserção do trabalho no CAPS Ad é o preconceito eu vou te citar quando você faz um encaminhamento, se você cita que é paciente do CAPS a pessoa mesmo que seja para empregado domestico ninguém vai querer só o fato falar que esta no CAPS” (P5). “Levei uma usuária para fazer inscrição no sine...a primeira coisa que a moça me perguntou se não tinha como ter levado a usuária com uma roupa melhor , isso no sine que é um local de inscrição de emprego” (P5). “Eu fui muito cobrado...se alguém esquecesse a chave de alguma coisa aberta... antes ficava aberto, por acha que eu ia roubar alguma coisa deles, eu nunca roubei nada de ninguém pra usar” (U 4). “Não tenho referência porque se falar que toma remédio é doido, já acha que é doido” (U5). “Sou manicure, às vezes tem cliente que fala não vou fazer unha com aquela bêbeda, cachaceira” (U1).

Nas falas dos profissionais foram citados outros desafios como ausência do

retorno dos encaminhamentos realizados na busca pelo trabalho e a incerteza da continuidade do cuidado. Os profissionais destacam que é observado o momento mais oportuno para a abordagem da reinserção profissional, no entanto poderá ocorre sentimento de impotência.

> "A gente tenta realmente pegar um período mais tranquilo né, pra que a gente possa tentar voltar conversar sobre isso eu acho que a gente pode pegar momento oportuno né, não é realmente todo período que elas estão abertas pra isso né, às vezes nem elas se enxergam pra estar pronta pro mercado de trabalho" (P4). "A maior dificuldade mesmo é em relação como esta a usuária no momento, às vezes ela vem um período aqui bem organizada, é orientado em relação o que tá tendo no momento ela volta já mais desorganizada aí você acaba vendo que não teve andamento na orientação" (P4). "Ela recebeu alta do acolhimento 24 horas ficou vindo alguns dias" (P3). "Eu tenho muita dificuldade inclusive ate pensei em lagar o grupo por que eu ficava frustrada" (P1).

As falas demostram empecilho no acesso/permanência no trabalho, tais como: confecção de currículo, desistência no primeiro contato, acesso a trabalho que padroniza no aspecto físico, não expor os profissionais do serviço, não observação do empregador da mudança de comportamento da usuária.

> "A empresa não encaminhou ao psicólogo para saber porque eu estava faltando, o porquê do álcool" (U1). "Eu não conversava sobre as dificuldades aqui no CAPS Ad III, porque poderia me indicar para um trabalho, de repente eu beber e fazer vergonha né, não gosto de envolver os profissionais" (U2). "Eu tenho dificuldade em trabalho que padroniza a pessoa que tem que ser bonitinha , de olhos azuis, corpinho à cinturado, em caso gordinha não se enquadra" (U4). "Já enfrentei dificuldades de ter um currículo" (U5)

É apresentada nas falas a ausência de certificado das atividades/ações do CAPS Ad III, e também a baixa qualificação é vista como um impedimento ao acesso ao trabalho formal e informal.

> "A gente sente dificuldade delas se perceberem trabalhando de carteira assinada, acho que a pouca qualificação acaba atrapalhando também" (P4). "Sou cozinheira... se tivesse um documento que provasse que a gente participou e se qualificou nessa hora de mostrar seria mais fácil, referência isso eu já não tenho" (U3).

Compreende-se nas falas que é singular a persistência a busca pelo trabalho.

> "Eu ia uma vez e não conseguia, tentava novamente até consegui a vaga, eu falava que era dependente de álcool e conseguia o trabalho" (U2). "Na época era na prefeitura na área de gari só fui lá aí

> não estava contratando, nem deixei" (U5).

Verifica-se na fala a preocupação em reinserir no mercado de trabalho, sendo uma oportunidade de manter os filhos aos seus cuidados, priorizando-o.

> "Por que eu preciso recuperar minha filha, eu só vou recuperar ela se eu tiver trabalho como é que vou manter minha criança" (U1).

Observa-se a presença da teoria do patriarcal, nas ações que é destinado ao público feminino.

> "As mulheres participavam da oficina de arte com o crochê, por que a de panificação era exclusiva para homens" (P5).

As falas apresentam situações de vulnerabilidade social, ausência de moradia, renda e de apoio familiar, e a dificuldade financeira apresenta-se como obstáculo para efetivar os encaminhamentos em rede.

> "No curso não tinha mensalidades, mais tinha o material e aí, o dinheiro deu me estabilizar no lugar para poder dormir acordar e poder ir, tudo isso dificultou a não permanência no curso... se alguém fala eu vou arrumar o material pra você, mas onde eu vou guardar, essas são as principais dificuldades" (U3). "Minha mãe não me ajuda mais, faz 07 meses que minha água tá cortada, tô sem gás" (U5). "Não dar pra mim reinserir no mercado de trabalho... dificuldade financeira que leva dificuldade de se qualificar" (U3).

Fragilidade de articulação em rede na reinserção da usuária do CAPS Ad III na vida laboral

É constatada nas falas a carência de projeto específico para a reinserção profissional, que ocasiona dificuldade na conquista do trabalho formal e informal, tais como: falta de recursos materiais, humano e financeiro para conduzir as atividades/ações.

> "Eu não vejo incentivo" (P1). "Não tem projeto específico, por exemplo, projeto de economia solidária, associação, cooperativa" (P3). "A questão de materiais e recursos muitas vezes à pessoa quer desenvolver aquela atividade que tinha, falta tinta de uma tela , ou o próprio material as agulhas de crochê sumiram, falta de profissional" (P3).

É perceptível nas falas fragilidade na articulação com as políticas públicas e sociais, com destaque para da assistência social, educação e trabalhista, sendo essencial a realização de convênio na tentativa de garantir a integralidade do

cuidado.

> "A gente percebe que as usuárias não buscam o centro de referência de assistência social (CRAS)" (P3). "Teríamos que começar pela escolaridade deles (a), mas não temos nenhum programa de reinserção na escola" (P5). "A dificuldade na reinserção é a pouca articulação com esses pontos de oferta de trabalho" (P2). "Isso não dependeria somente do CAPS teria que ter uma rede e participação do município, tipo empresa privada inserir ex-usuária e através dessa inserção diminuiria o imposto, ou teria, mas privilegio porque estaria ajudando a sociedade, seria ponte do município com o CAPS" (U4).

Percebe-se nas falas a ausência de parceira formalizada para os encaminhamentos em rede, o que ocorre é a iniciativa de profissionais assistente social, psicólogo e enfermeiro que buscam informação de vagas sociais para a comunidade dos cursos do senac e vagas de emprego ofertada pelo sine para sociedade em geral.

> "O do senac eu fui em atividade até que ia dar certo de cabelereira , aí só não deu certo"(U3).

As falas retratam o não alinhamento das atividades/ações, tendo em vista manifestações de orientação, habilidades, escolaridade e apresentação na entrevista de emprego.

> "Existem sim, ações mais focadas na questão da orientação" (P2). "Sempre trabalhava isso com ela, era unha decorada, havaiana, tapetes.... a gente...estava buscando desenvolver essas habilidades que ela usava como meio de trabalho." "Tem grupo que trabalha... como deve apresentar na entrevista de trabalho" (P5). "Tem meu técnico, me ajuda, me dar força... entrar com a redução de danos, para voltar pro serviço, não trabalhar... alcoolizada ou com drogas... tomar os remédios certos" (U 1).

Aparece nas falas a fragilidade no monitoramento da reinserção profissional das usuárias no mercado de trabalho a partir das atividades desenvolvidas no serviço.

> "Sim, existe sim, citar numero não, mas é pequeno" (P2). No trabalho "formal eu não consigo ainda ver nenhuma usuária ir lá e ter carteira assinada, que não tinha carteira assinada e assinou não" (P4). "No trabalho informal tem três meninas que vivem do crochê hoje. Trabalho formal não conheço nenhuma" (P5). A usuária conseguiu depois de 07 anos fora do mercado de trabalho, ela consegue emprego informal num salão" (P5). "Teve uma usuária que já

> trabalhava com os trabalhos manuais missanga, aqui ela consegui retornar fazer isso, também questões de unha fazer unha, isso a gente consegue observar mais no informal" (P4).

Discussões

Dialogando com os autores referentes às três categorias apresentadas nos resultados "As estratégias de reinserção da usuária do CAPS Ad III no mercado de trabalho", "Desafios de reinserção da usuária do CAPS Ad III no exercício profissional" e "Fragilidade de articulação em rede na reinserção da usuária do CAPS Ad III na vida laboral".

Considerando os resultados da pesquisa revelam-se situações similares e outras específicas do CAPS Ad III Palmas/TO. Característica socioeconômica das mulheres em CAPS Ad III no estado do Acre segundo a pesquisa do autor Azevedo (2017), a média de idade 32,6 anos, nível de escolaridade ensino fundamental incompleto, reside com familiares/amigos, não tinha companheiro, mas tinham filhos, atendimento individual no serviço com psicólogo, assistente social, oficineiro, não trabalhavam, assemelhando com os resultados encontrados por esta pesquisa. Ao qual se difere no aspecto da baixa adesão aos grupos de oficinas terapêuticos.

Em outro estudo (Rasch et al., 2015), em uma cidade da região sudeste do Brasil constatou a participação das mulheres em oficina de arte-terapia, grupo de geração de renda, oficina de policultura e oficina de cidadania, que se identifica com os resultados encontrados na pesquisa.

Ao considerar o conceito apresentado pelo autor Passos (2018) as relações de reestruturação produtiva a inserção da mulher se deu por vias de exploração, sendo ocupações de tempo parcial em trabalhos domésticos, com um aumento do emprego feminino no víeis da terceirizado e realização de tarefas no domicílio, no espaço doméstico.

Essa condição de trabalho doméstico e informal realizado pelas usuárias do CAPS Ad III foi encontrada nesta pesquisa. Observa-se também no estudo realizado no interior de São Paulo do autor (Fejes, p.6, 2016) a rotina das mulheres em CAPS Ad III, "baseadas nas atividades domésticas de trabalho, cuidado dos filhos e de ida ao CAPS Ad". As atividades que proporcionam prazer são as atividades laborais, crochê, panificação, estar com a família e amigos.

Ao considera o estudo realizado no CAPS AD II, localizado na região sudoeste da cidade de Campinas da autora (Lacerda et al., p.369, 2017) o serviço oferta acesso a serviços como: “ saúde, cidadania e reinserção social, facilitando o acesso ao transporte gratuito e auxilia na retirada de documentos, e também auxilia em atividades laborativa com retorno financeiro”. Representando a orientação e o apoio, que se assemelha ao resultado desta pesquisa.

Considerando o estudo do autor (Gomes, p.21, 2010) apresenta obstáculo na busca de tratamento, “[...] o medo de perder a guarda dos filhos, a carência de recursos financeiros e sociais para buscar alternativas”. Assemelha-se ao resultado encontrado nesta pesquisa. A dificuldade em encontrar creches para os cuidados dos filhos diverge do resultado desta pesquisa.

Observam-se, também, a inserção da mulher em uso de álcool e outras drogas no mercado de trabalho, segundo a autora (Souza, et al., 2014) “algumas barreiras físicas e sociais são visualizadas no cotidiano da vida social, situações de desequilíbrio familiar e emocional [...]” diversas internações para tratamento da dependência química e dificuldades de inserção e manutenção no mercado de trabalho. Onde se assemelha ao resultado desta pesquisa.

A autora (Lacerda et al., p.369, 2017) refere-se à situação da vulnerabilidade social, sendo visualizada uma possibilidade de acesso a direito e benefício mediante o serviço CAPS, ponderando à necessidade de trabalhar as duas vertentes o social e o tratamento e à construção de autonomia do usuário(a). A ausência deste “movimento remete a uma possível desarticulação entre as políticas públicas de saúde e assistência social, o que pode ser fruto de uma lacuna nas práticas de intersetorialidade”. Assemelhando-se ao resultado da pesquisa.

Este estudo destaca ainda à prática da estigmatização evidenciada nas falas dos profissionais e das usuárias do CAPS Ad III, denominada “marca física ou social de conotação negativa, o que leva o portador desta ser marginalizado, ou distanciado de algumas situações sociais, gerando forte impacto na sua identidade social”. Ocorrendo o distanciamento social influenciando negativamente na saúde e bem estar deste indivíduo. (Paiva et al., p.6, 2014). Comprovado com o resultado desta pesquisa com as situações de preconceito.

Destacamos ainda a partir do diálogo da saúde mental e economia solidaria um programa de inclusão social pelo trabalho, com incentivos financeiros do

Ministério da Saúde para os municípios que desenvolve atividades de inclusão social pelo trabalho, existem dados identificado no país 156 iniciativas de geração de renda formada por pessoas com transtornos mentais, entre cooperativas, associações e grupos de trabalho, que nascem na grande maioria no CAPS (Brasil, 2005). Verificando-se essa carência nos resultados desta pesquisa.

O relatório 15 anos depois de Caracas (2005, p. 37) problematiza a importância da economia solidaria no movimento contra a exclusão social e econômica. A política do ministério do trabalho e emprego no viés da economia solidária é uma ação de solução "à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução, entre outros fatores, das pessoas do campo do trabalho".

A pesquisa constata situações especifica do serviço CAPS Ad III, em Palmas/TO, situações de vulnerabilidade social como a ausência de moradia, estigmatização da usuária, como: ser tachado de doido, de praticar roubo, culpabilização de conflitos externos, padronização no aspecto físico e vestimenta, na aparência. A qualificação ofertada no serviço em sua maior parte é para o trabalho informal, e as realizadas externa apresenta-se algumas incompletas, a maioria das usuárias realiza trabalho informal, inexistência de certificados das atividades realiza no CAPS Ad III, fragilidade no alinhamento das atividades/ações realizadas no serviço, e no monitoramento a respeito do número de usuárias inseridas no mercado de trabalho. Verifica-se também estratégia de permanência no trabalho formal via documento de tratamento de saúde

Conclusão

Ao concluir este trabalho, percebemos que o objetivo foi alcançado, ao pesquisar a reinserção profissional da mulher em tratamento no CAPS Ad III e poder confirmar os desafios enfrentados pelas usuárias do CAPS Ad III para acesso/ permanência ao mercado de trabalho.

Considerando os resultados do estudo, são significativos os obstáculos que as usuárias e os profissionais enfrentam na busca da reinserção profissional, como: situações de vulnerabilidade social, preconceito, estigmatização pelo uso do álcool e outras drogas, qualificação profissional insuficiente das usuárias, não alinhamento das atividades/ações no serviço, fragilidade de articulação com as políticas públicas e sociais, e de monitoramento a respeito da inserção profissional das usuárias, e a

carência de projeto específico de reinserção profissional.

O estudo não se esgota com a temática, tendo em vista os desafios comprovado por esta pesquisa, que novos saberes busquem aprofundar referente projeto especifico de reinserção profissional, fortalecimento de estratégias de articulação em rede com políticas sociais.

Sugere-se ao CAPS Ad III a importância de instituir projeto especifico de reinserção profissional interno, com o proposito de potencializar a articulação com outros setores, no sentido de realizar o alinhamento das atividades e dessa forma contribuir para o monitoramento das ações desenvolvidas, possibilitando avaliação e melhorias no serviço, como também realizar mobilização para sensibilizar a respeito do preconceito.

Este estudo consegue provocar a necessidade em instituir uma rede de apoio no viés da intersetorialidade, na busca de acesso a políticas públicas e projetos sociais, com parceria do ministério do trabalho e emprego, educação, assistência social e a participação da família e da comunidade em geral para garantir a integralidade do cuidado, sendo um dos princípios do sistema único de saúde (SUS).

Referências

AZEVEDO, A.D.A. et al. Atenção psicossocial a mulheres que fazem uso de substâncias. **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, Brasil. Disponível em: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/17/atencao-psicossocial-mulheres.html>. Acesso em: 05 out. 2017.

_____BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de **Caracas**. 2005. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.> Acesso em: 10 Jul.18.

_____Ministério da Saúde. **Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001**.Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em:03 Jul.2018.

Ministério da Saúde. **Lei N° 8080, de 19 de set. de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.Acesso em: 07 Jul.2018>. Acesso em: 10 set 2017.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336/02 em 19 de fevereiro de 2002.**Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 10 Set 2017.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 21 Out. 2017.

_____Ministério da Saúde. **Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em 27 Out.2017.

_____Ministério da Saúde. **Portaria Nº 132, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html>. Acesso em:30 Nov. 2017.

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

BARROSO, S.M et al Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP** vol.12 no.1 Ribeirão Preto jun. 2011. <Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677>.Acesso em:10 Jul.2018.

FEJES, M.A.N. et al. Saúde e cotidiano de mulheres em uso abusivo de álcool e outras drogas. **Ver Ter Ocup Univ** São Paulo. 2016 set. /dez.;27(3):254-62.Disponívelem: <https//:www.revistas.usp.br/rto/article/download/109801/122731> .Acesso em:10 jul.2018

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º Ed. - São Paulo Atlas. 2008.

GOMES, K.V. **A dependência química em mulheres**: figurações de um sintoma partilhado. São Paulo, 2010. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../varela_do.pdf> .Acesso em: 11 jul.2018

LACERDA, C. de B.et.al. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Comunicação saúde educação**, 2017; 21(61):363-72. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/ -.pdf>. Acesso em 11.Jan.2019.

PAIVA, F.S. et al .A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. **Psicol. Soc. vol.26** no. 3 Belo Horizonte Sept./Dec. 2014.Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n3/a18v26n3.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

PASSOS, R.G **Trabalho, gênero, e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino**-São Paulo: Cortez,2018.

RASCH,S.S .et al. Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS ad III. **Psicologia em pesquisa**/UFJF,205-215 –Jun, Dez de 2015.Disponível em:<pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1982>. Acesso em 20 Jul. 2018.

SANTOS, J.A.T .et al. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. & Transf. Soc., Florianópolis**, v.4, n.1, p.82-89, 2013.Disponívelem:<https://www.redalyc.org/html/2653/265325753014/index.html>. Acesso em: 01 nov.2017.

SOUZA, M.R.R. et al. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas Brasileiras. **Enferm, Florianópolis**, 2014 Jan-Mar; 23(1): 92-100.Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00092.pdf>. Acesso em 11Jul.18

SOUZA, J.et al. Rede social de usuário de álcool, sobre tratamento, em um serviço de saúde mental. **Rev.Latino –Am.Enfermagem**.jan-fev, 2011.Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_19.pdf> .Acesso em: 27 out 2017.

DEMANDAS JUDICIAIS: Adesão dos usuários ao tratamento no CAPS AD III de Palmas – TO
JUDICIAL DEMANDS: Adherence of users to treatment at CAPS AD III of Palmas - TO

Mariana Borges Sousa Alves[1]
Jonatha Rospide Nunes [2]
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma [3]

Resumo: Este artigo tem como objetivo compreender o impacto no atendimento em saúde mental ofertado as pessoas inseridas, por meio de demandas judiciais, no CAPS AD III do município de Palmas/TO, no período de 2015-2017. Para tanto, a metodologia utilizada foi norteada pela pesquisa documental, descritiva, com abordagem quanti-qualitativa. A análise das demandas judiciais foi realizada por meio de três categorias: caracterização das demandas judiciais, perfil dos usuários e a relação entre a internação psiquiátrica (voluntaria, involuntária e compulsória) e a passagem por comunidades terapêuticas. Os resultados apontam para falhas na comunicação entre o Sistema de Justiça e a Saúde do Município e na organização do serviço no que tange as demandas judiciais, em especial no registro, procedimentos e acompanhamento.
Palavras-Chave: Saúde Mental; Judicialização da Saúde; Dependência Química.

Abstract: This article aims to understand the impact on mental health care offered to people inserted, through lawsuits, at CAPS AD III in the city Palmas / TO, in the period of 2015-2017. For this, the methodology used was guided by documentary, descriptive research, with a quantitative-qualitative approach. The analysis of the lawsuits was made through three categories: characterization of lawsuits, profile of users and the relationship between psychiatric hospitalization (voluntary, involuntary and compulsory) and the passage through therapeutic communities. The results point to failures in the communication between the Justice and Health System of the Municipality and in the organization of the service in relation to the judicial demands, especially in the registry, procedures and monitoring.
Keyword: Mental Health; Health´s Judicialization; Substance-Related Disorders.

Introdução

O uso de substâncias psicoativas (SPA) não pode ser considerado um fenômeno da atualidade, pois desde a antiguidade o consumo destas substancias está entrelaçado a história humana como condição histórica estruturante em todas as sociedades conhecidas (CARNEIRO; CORDEIRO, 2014). Porém, assim como dinâmica social cresceu, paulatinamente, houve o crescimento da complexidade do consumo de SPA, que ganhou valoração própria; logo, pôde assumir proporções que

[1] Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (Ceulp/Ulbra) e pós-graduanda em Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública (FESP/TO). E-mail: marianaborges.etf@hotmail
[2]Mestre em Psicologia e especialista em Preceptoria no SUS e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. E-mail: jonatharospidenunes2015@gmail.com
[3]Graduado em Enfermagem, especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde Coletiva e da Família, especialista em Docência Profissional, Mestre em Saúde Coletiva e Doutor em Ciências da Saúde pela Fundação de Medicina do ABC. Professor dos cursos de enfermagem da UFT e Tutor de Residência Multiprofissional da Fundação Escola de Saúde de Palmas (FESP).

ultrapassam o ritualístico, como o uso recreativo e até mesmo o uso medicinal-terapêutico, de acordo com a necessidade e o momento em que as referidas substâncias estão sendo consumidas (OLIVEIRA, 2014).

O uso abusivo de SPA pode ser entendido como um padrão de uso que eleva o risco de consequências prejudiciais para o usuário (SENAD, 2010). Já para ser considerada relação de dependência, segundo o Código Internacional de Doenças, em sua décima versão, CID10/2017[4], tem que levar em consideração os seguintes aspectos: forte desejo ou compulsão, comprometimento da capacidade de controlar o consumo, estado fisiológico de abstinência, evidência de tolerância aos efeitos, preocupação com o uso e uso persistente.

Assim, o uso prejudicial de SPA passou a ser atrelado a produção de efeitos psicológicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos e econômicos que acarretam prejuízos, tais como: redução das condições e qualidade de vida para o usuário e familiares, incapacidades biopsicossociais que levam o sujeito a perder oportunidades no processo produtivo, afetivo e familiar bem como surgimento de práticas de ações antissociais (BASTOS; BERTONI, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001), a dependência de SPA, deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social, assim sendo, não basta, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar condições de vida, as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade.

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituída pela Lei n.10.216/01, promove mudança significativa nas estratégias de promoção, prevenção e atenção em saúde mental. Assegurando respaldo da legislação para a proteção e a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, de modo a promover a dignidade e o protagonismo destes indivíduos no seu tratamento (BRASIL, 2001).

Em 2006 é instituída a Nova Lei de Drogas, de número 11.343/06, que não altera a criminalização, e sim promulga uma despenalização. Aquele que for pego fazendo uso de alguma substância psicoativa considerada ilegal sofrerá advertência

[4] Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

verbal, prestação de serviço à comunidade, medida educativa de comparecimento ao programa ou curso educativo e, em último caso, multa. (BRASIL, 2006).

O enfrentamento do uso de substâncias psicoativas situação, quase sempre, se baseou no viés do “proibicionismo” e do encarceramento, onde imperavam os maus tratos, moralismo, criminalização e a perda de direitos e da dignidade da pessoa humana (FAJARDO, 2016). Apesar de toda a mudança na legislação vigente no Brasil, visando novas formas de lidar com a questão das drogas, as práticas jurídicas de controle da vida dos usuários de SPA são mantidas, mesmo que sob “nova roupagem”. (ALBUQUERQUE, 2014).

A Lei n°. 10.216/01 que trouxe inúmeros avanços dentro do processo de saúde mental, como a regulamentação das internações psiquiátricas mediante determinação judicial e definindo suas modalidades, sendo elas: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento por escrito do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, devendo ser notificada ao ministério público em até 72 horas; e III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça, ordenada por juízes; além disso, é considerado como critério para internação o risco para si próprio e para a sociedade, bem como o suporte e adequação as unidades de internação. Todas as internações carecem de laudo e autorização de profissional médico. (BRASIL, 2001).

A Constituição da República de 1988 representa, no ordenamento jurídico brasileiro, importante transformação do tratamento concedido pelo Estado à sociedade, uma vez que garantiu e consolidou genericamente os chamados direitos de segunda geração – econômicos, sociais e culturais –, bem como preconizou como um de seus fundamentos a dignidade da pessoa humana. Observa-se, entretanto, que somente parte das diretrizes do SUS foi implantada, uma vez que o Sistema, com raras e isoladas exceções, opera com sérios problemas estruturais, com o atendimento público no nível primário limitado preponderantemente à população de baixo poder aquisitivo (GONTIJO, 2010).

> Nesse contexto de precariedade e insuficiência da assistência à saúde pública, aliado à incapacidade do modelo operacional do SUS, pela sua própria abrangência e complexidade, de concretizar o direito à saúde, avoluma-se o ajuizamento crescente de ações judiciais para garantia infraconstitucional de cumprimento e efetivação das políticas públicas referentes ao direito à saúde. Esse fenômeno, denominado judicialização da saúde refere-se, então, às inúmeras demandas judiciais em que são exigidos tratamentos, concessão de

> medicamentos ou acesso às tecnologias não incorporados pelo Sistema Único de Saúde. (GONTIJO, 2010, p. 10).

Faz-se importante reconhecer que a judicialização da saúde trouxe benefícios e malefícios. A não efetividade do direito à saúde por responsabilidade do Poder Público não se justifica e deve realmente ser coibida, também houve ganho como a exposição das lacunas nas políticas públicas e nas falhas em sua execução, bem como o crescente protagonismo terapêutico dos usuários (NETO, 2009).

A demanda judicial individualizada relacionada a procedimentos e insumos de saúde contra entes públicos teve um crescimento exponencial nos últimos anos. Scisleski e Maraschin (2008) alertam para a constatação de que a ordem judicial, exerce uma dupla função: por um lado ela é tomada como uma estratégia de acesso ao serviço de saúde; por outro, ela é utilizada como uma espécie de punição, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos usuários, constituindo uma relação entre “medicar” e “punir” onde a internação psiquiátrica acaba funcionando como um castigo, um tratamento moral.

Consideram-se critérios técnicos para a internação involuntária, os direitos do paciente ao tratamento, a existência de um transtorno mental grave e o risco pessoal eminente ou de outrem, e critérios substantivos, como a impossibilidade de tratamento em regime ambulatorial e a recusa ao tratamento proposto pelo médico (FORTES, 2010). Quanto a internação compulsória, nos moldes que vem sendo requerida, viola frontalmente os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, e da saúde, que também são considerados direitos humanos e fundamentais (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

A preponderância de internações psiquiátricas, especialmente as involuntárias e compulsórias incidem, em maior número, sobre os usuários de álcool e outras drogas (RUIZ; MARQUES, 2015). Neste sentido, Fortes (2010) nos convida a refletir se é realmente legítimo prover cuidado e proteção mesmo quando esta atenção não é desejada, ou se devemos a priori respeitar a autonomia do indivíduo.

Diante dessa realidade, o presente artigo objetivou compreender o impacto no atendimento em saúde mental ofertado as pessoas inseridas, por meio de demandas judiciais, no CAPS AD III do município de Palmas/TO, no período de 2015 a 2017. Este estudo buscou identificar o impacto das demandas judiciais no atendimento aos usuários e no processo de trabalho da equipe do serviço, para tal foram elencados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as demandas judiciais destinadas ao CAPS AD III de Palmas/TO, no período de 2015 a 2017, a partir das variáveis elencadas;
- Caracterizar o perfil e adesão dos usuários de álcool de outras drogas vinculados ao CAPS AD III de Palmas/TO por determinação judicial, no período de 2015 a 2017; e
- Estabelecer a relação entre demandas judiciais, internações (voluntária, involuntária e compulsória) e inserção em comunidades terapêuticas dos usuários de álcool de outras drogas vinculados ao CAPS AD III de Palmas/TO, no período de 2015 a 2017.

De acordo com o Relatório Mundial de Drogas da Organização das Nações Unidas, estima-se que 247 milhões de pessoas fizeram uso de drogas no ano de 2014, e 29 milhões sofrem com transtornos mentais associados ao de uso de drogas, ou seja, de cada 10 pessoas que fizeram uso 1 delas desenvolveu problemas relacionados. Destas, que desenvolveram problemas relacionados ao uso de SPA, apenas 01 em cada 06 está em tratamento (UNODOC, 2016). Estes dados evidenciam a necessidade de promovermos práticas de desconstrução da “demonização” do uso de SPA, uma vez que a maior parte das pessoas que usa não desenvolve problemas relacionados e, por outro lado, criarmos mecanismos que promovam a facilitação do acesso ao tratamento para as pessoas que possuem problemas relacionados ao uso de SPA. Tal empreitada é um grande desafio, no caso do Brasil, na medida em que as lógicas, tanto do “proibicionismo”, como da criminalização promovem o afastamento dos usuários de SPA dos serviços públicos (TEIXEIRA et al., 2017).

No entanto, mesmo com toda a relevância destas informações, quando associamos este viés aos entraves existentes nas práticas do judiciário, em especial nas práticas do judiciário na relação com a saúde mental, torna-se possível perceber que tais práticas, muitas vezes, vão contra a reforma psiquiátrica e, consequentemente, contra a desinstitucionalização do indivíduo, resultando em internações psiquiátricas com objetivo de disciplinar os usuários de SPA, promovendo a discriminação e estigmatização dos mesmos. Tal realidade pode ser observada no serviço pesquisado, o qual é cenário de prática do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS).

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, uma vez que objetiva gerar conhecimentos de uma realidade especifica, para aplicação prática direcionada à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais (PRODANOV, 2013). Este estudo refere-se a realidade de um grupo de indivíduos usuários de álcool e outras drogas admitidos por demandas judiciais em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD III) em Palmas-TO. É uma pesquisa de campo, pois, como analisa Prodanov (2013), consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que presumimos relevantes, para analisá-los.

Se tratando do objetivo metodológico, a proposta da pesquisa se orientou na direção descritiva que, de acordo com Gil (2008), tem como aspecto primordial a descrição das características de determinada população e/ou fenômeno, e também de analisar a conexão entre as variáveis da pesquisa.

A abordagem adotada é a quali-quantitativa, considerando-se que o estudo abrange não apenas a quantidade de indivíduos atendidos no serviço por determinação de demandas judiciais, mas também foram analisadas as condições de vida a que estão expostos e qual impacto isso traz para a saúde mental e ao tratamento.

As abordagens qualitativa e quantitativa não devem ser percebidas como sendo opostas, e sim integrativas, pois para a compreensão de determinados fenômenos é necessário usar as duas abordagens, utilizando-se de diferentes pontos de vista, e diferentes maneiras de coletar e analisar os dados (qualitativa e quantitativamente), alcançando assim uma ideia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema sem, contudo prejudicar o alcance dos objetivos de tal pesquisa. (GOLDENBERG, 2004).

O procedimento adotado para coleta de dados foi por via de pesquisa documental. Gil (2008) expõe que embora a técnica de pesquisa documental fundamente-se em dados referentes a pessoas, são obtidos de maneira indireta, por base documental.

> Essas fontes documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas das pesquisas em que os dados são obtidos diretamente das pessoas. Sem contar que em muitos casos só se torna possível realizar uma

investigação social por meio de documentos. (GIL, 2008, p. 147).

A coleta de dados foi realizada no arquivo de prontuários (físico e eletrônico – e-sus) do serviço. O estudo deu-se entre setembro de 2017 e fevereiro de 2019. A coleta de dados aconteceu no período de outubro a dezembro de 2018.

Além dos textos de base extraídos de revistas e artigos científicos, para a definição de conceitos e análise de dados, foi construído instrumento para coleta de dados nos prontuários, tanto físicos como eletrônicos. De acordo com os objetivos do estudo determinaram-se as seguintes variáveis: idade, gênero, cor da pele, escolaridade, ocupação, presença de transtorno mental, número de passagens por comunidade terapêutica (CT) e tempo de permanência nas mesmas, droga(s) consumida(s), número de demandas judiciais, requerente, motivação, vara de origem, motivo, desfecho, tipo de internação, adesão ao PTS, protagonismo do usuário no tratamento e tempo de tratamento em CAPS AD III. Além disso, foi observado se houve abandono do tratamento em algum período e o tempo de abandono, se for o caso.

O processo de amostragem foi por conveniência, pois esta permite ao pesquisador selecionar os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam representar um universo (MAROTTI et al., 2008). Sistematizou-se todas as demandas encaminhadas ao serviço, dentro do período de amostragem e, a partir daí, iniciou-se a consulta nos prontuários, excluindo as demandas de pacientes que não possuíam prontuário no serviço. Também foram excluídos da pesquisa os prontuários que não continham as informações necessárias para a pesquisa, bem como prontuários que por algum motivo estavam sob sigilo institucional. Dentro de um universo de 211 usuários inseridos por demanda judicial, cumpriram os critérios da pesquisa 48 pacientes vinculados ao CAPS AD III, notificados por demandas judiciais entre os anos 2015 a 2017, estes mostraram-se de fato elegíveis para o estudo, devido a fatores como ausência de registros em prontuário, falta do anexo da resposta encaminhada ao judiciário e o indivíduo não ter prontuário na unidade.

A análise quantitativa dos dados realizou-se mediante a criação de tabelas simples e a verificação de frequência simples e valor absoluto. Devido à natureza multivariada do estudo, optou-se pelo agrupamento de variáveis, estas foram subdividas em três categorias e analisadas conjuntamente: Caracterização das Demandas judiciais, Perfil dos usuários de substancias psicoativas do CAPS AD III de

Palmas – TO notificados por demandas judiciais e Relação entre demanda judicial, internações e comunidades terapêuticas.

Resultados e Discussões

Os dados foram organizados e estruturados em três categorias de análise: Caracterização das Demandas Judiciais, Perfil dos usuários de substancias psicoativas do CAPS AD III de Palmas – TO notificados por demandas judiciais e Relação entre demanda judicial, internações e comunidades terapêuticas.

Caracterização das Demandas Judiciais

Algumas dificuldades se apresentaram, já que devido à falta de sistematização/organização dos arquivos do CAPS AD, em relação as demandas judiciais, não foi possível identificar a totalidade das demandas destinadas ao serviço, uma vez que tivemos acesso apenas a uma parte do universo de demandas existentes. O registro de relatos das demandas judiciais nos prontuários, físico e eletrônico (e-sus), dos pacientes, também foi um elemento que dificultou a coleta dos dados, já que o registro das informações não é sistematizado, ou seja, não existe um protocolo de registro, dependendo da perspectiva do profissional que realizará o relato.

Pedrosa e Moreira (2017), em sua pesquisa intitulada saúde mental e justiça: os desafios do cuidado em rede, que objetivava analisar as diversas redes de usuários judicializados de um CAPS AD, através de análise dos prontuários e entrevista com 12 usuários, também encontraram percalços quanto aos registros profissionais em prontuários:

> Os prontuários, em sua maioria, continham informações básicas da história dos sujeitos, um relato breve e pouco claro sobre a vida e raros eram os relatos de participação em grupos, ou atendimentos individuais realizados por demais técnicos. Alguns prontuários continham dados mais abrangentes sobre o processo de judicialização, história de vida, como a relação com a família, o trabalho, relacionamentos, amigos, vizinhos. (PEDROSA; MOREIRA, 2017, p.30).

No início da coleta de dados foi perceptível a ausência de demandas referentes a todo o ano de 2015, e de alguns meses do ano de 2016. O que de acordo com a equipe se justifica devido a extravio dos arquivos das demandas no processo de

mudança de estrutura física do serviço no início do ano de 2017. Com relação ao número recebido de demandas, inexiste um controle quantitativo pelo serviço.

As demandas são auferidas e após serem respondidas, são armazenadas sem critérios para sistematização ou ordenamento e apenas depositadas em pastas de arquivo pelo ano de recebimento. Ainda assim foi possível perceber que muitas estavam misturadas, entre os anos de 2016 e 2017, o que de acordo com os próprios profissionais dificulta possíveis consultas futuras. Das duzentas e onze (211) demandas elencadas inicialmente, apenas oitenta e seis (86) foram arquivadas com anexo do relatório/laudo elaborado pelos profissionais do serviço, nas cento e vinte e cinco (125) restantes não constava a resposta junto a demanda judicial, também foram encontrados quarenta e um (41) memorandos de registro da resposta enviada a gerencia de saúde mental, soltos em meio aos demais arquivos, tornando impossível identificar a qual demandas eles faziam menção.

No que concerne ao número de demandas, com natureza idêntica, destinadas a cada paciente, temos que 90% (43) foram notificados apenas por uma demanda judicial, 08% (04) foram notificados duas vezes e 02% (01) foram notificados três vezes.

Estas demandas se dividiram quanto à natureza dos pedidos da seguinte forma: 55% (26) Realização de busca ativa para confecção de laudo psiquiátrico e se possível indicação da necessidade de internação involuntária; 13% (06) Solicitação de tratamento para dependência química; 10% (05) Relatório de adesão ao tratamento e indicação se há necessidade de internação compulsória; 08% (04) Requisição de cópia de prontuário; 06% (03) Submissão de reeducando a tratamento de dependência química; 06% (03) Transação penal e 02% (01) Solicitam garantia de continuidade do tratamento.

Quanto ao requerente nos processos das demandas judiciais encontramos que, 56% (27) das demandas foram requeridas pelo genitor(a), 15% (07) pelo Juiz de direito, 08% (04) pelo cônjuge, 08% (04) pelo irmão(a) do paciente, 08% (04) pelo próprio paciente, 02% (01) pelo filho(a) e 02% (01) pelo avô(ó).

Sobre as varas judiciais/instancias demandantes, identificou-se que 75% (36) dos casos de demandas judiciais enviadas ao CAPS AD, foram emitidas pela CAS (Central de Atendimento à Saúde) da Defensoria Pública do Estado do Tocantins, 04% (02) enviadas pela 4ª Vara Criminal, 04% (02) pela Vara Especial no combate a

violência doméstica e familiar conta a mulher, 04% (02) encaminhado pelo Juizado especial civil e criminal da região norte, 04% (02) pela 17ª Vara da fazenda e Defensoria Pública, 04% (02) enviadas pela 3ª Vara da fazenda e defensoria Pública de Palmas, 02% (01) pela 3ª Vara Criminal e 02% (01) pela 8ª Defensoria Pública de Palmas.

A busca por tratamento para abuso de SPA aparece em segundo plano, é pouco expressiva, indicando que a judicialização nestes casos não remete diretamente a garantia do direito ao acesso a saúde como deveria ser, mas sim em um caráter de contenção e segregação, que na verdade fomenta o afastamento deste indivíduo da sociedade.

Convém refletir se sob esta indicação obrigatória de tratamento, temos uma analogia ao “Higienismo” Social, onde diante do clamor da sociedade e da mobilização de alguns segmentos em busca de soluções imediatas para o problema, verificamos que a questão acaba sendo muitas vezes tratada, de forma superficial, com viés moralista e preconceituoso, mais ainda, como se fosse um fenômeno da atualidade. (RAMOS ; BOARINI, 2015). Os autores refletem que:

> A falta de diálogo que ainda se observa entre instâncias federais, estaduais e municipais, nos âmbitos da saúde, segurança pública, assistência social, tende a gerar ações caóticas, tendo como alguns dos principais propósitos, a limpeza do território e a dispersão dos “indesejados”, usando paulatinamente a gravidade da situação das drogas, para legitimar a internação prolongada, própria da ultrapassada cultura manicomial. (RAMOS; BOARINI, 2015, p. 55).

Quando solicitado ao CAPS, à busca ativa do indivíduo, no sentido de promover laudo médico psiquiátrico, o serviço procede da seguinte forma: realiza a busca ativa na residência, expõe o motivo da visita ao indivíduo, apresenta os serviços terapêuticos ofertados aos usuários de SPA e sua lógica de atendimento, e convida o paciente a comparecer ao serviço mediante agendamento de consulta psiquiátrica, para posterior confecção do laudo e possível vinculação do paciente ao serviço.

Foi possível perceber que mesmo que a maioria dos pacientes compareçam a consulta na data marcada 60% (29), há um número razoável de faltosos, 20%(19), principalmente quando já na busca ativa, referem ao profissional não sentirem necessidade de tratamento ou não identificarem prejuízos decorrentes do uso de SPA, no caso dos faltosos foi possível constatar que quem tende a comparecer as consultas nessas circunstâncias são parentes próximos 42% (08), em geral o requerente da

demanda. Assim, a demanda é respondida por meio do relatório construído pelo profissional responsável pela demanda, constando assim o não comparecimento do paciente e consequente impossibilidade de se confeccionar o laudo solicitado.

Caso seja do interesse do paciente, ele já pode ser admitido no serviço e assim convidado a iniciar o tratamento antes mesmo da finalização de seu processo judicial. Uma vez que o CAPS AD III, instituído pela portaria n° 3.088, é um Serviço de saúde mental aberto (não precisa de encaminhamentos, basta a manifestação do desejo de tratamento) e de caráter comunitário que atende adultos ou crianças e adolescentes - no caso de Palmas/TO, por não haver o serviço especializado para crianças e adolescentes o CAPS AD III realiza os atendimentos em conformidade com estatuto da criança e do adolescente - com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em caráter territorial, por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar (BRASIL, 2011). As próprias características de funcionamento do serviço tornam desnecessárias as demandas judiciais com intuito de garantir o atendimento.

A Defensoria Pública do estado do Tocantins, por meio da Central de Atendimento à Saúde (CAS), foi o órgão que mais impetrou ações direcionadas ao CAPS AD. O CAS é um núcleo de atendimento jurídico especializado nas questões da saúde, em especial as demandas individuais, implantado desde o ano de 2016, dentro da Defensoria Pública do Estado. Quem procura este órgão para iniciar o processo, na maioria dos casos não é o paciente, e sim seus familiares próximos. Nesta pesquisa encontramos que o (a) genitor (a) é mais preponderante nesta busca por tratamento, onde por vezes, o próprio paciente a ser contemplado, não reconhece como necessário.

Ao buscarem ajuda no serviço, as famílias assumem grandes expectativas na resolução rápida de seu problema, almejando o tratamento como se fosse uma solução, uma “cura” para a dependência de SPA (AZEVEDO; MIRANDA, 2010). Neste sentido, a busca pela Defensoria Pública ao invés do próprio serviço de saúde, pode estar relacionada com a ideia de que a Justiça determinando uma ação no campo da saúde, com a prorrogativa do “cumpra-se”, a solução seria imediata e ou de forma rápida.

As relações familiares podem funcionar tanto como fator de proteção como de risco em relação ao uso abusivo de drogas. As famílias foram e continuam sendo o núcleo primário de formação dos sujeitos, entretanto, é fundamental evitar

“culpabilizar” diretamente à família em relação ao problema, uma vez que a compreensão dos diferentes contextos onde estão inseridos, tanto a família quanto o indivíduo e as SPA são fundamentais para a reflexão deste fenômeno de características biopsicossociais e interacionais (SOUZA, 2017). Assim sendo, o fato de familiares serem os maiores demandantes nos leva a reflexão a respeito da necessidade de avaliar a dinâmica familiar e sua relação com o uso prejudicial de SPA que um de seus membros faz.

Durante a coleta de dados foi possível perceber que não existe padronização para as respostas que são emitidas pelo CAPS AD III. De maneira geral, a forma como uma demanda judicial será respondida irá depender do profissional que a responde. Cada profissional responde a demanda a sua maneira, alguns convidam outros profissionais de formações diferentes para juntos realizarem a busca ativa e posteriormente construírem o relatório, que nestas condições ganha caráter multiprofissional e assim traz mais detalhes e informações acerca do indivíduo, bem como sua visão acerca da demanda e se este reconhece ou não prejuízos em decorrência do uso de SPA, informando também sobre a família e as condições socioeconômicas. Porém, a maioria dos profissionais 62,5% (30) responde de forma evasiva e sucinta, com poucas informações e sem auxílio da equipe multiprofissional. Nos moldes de resposta também foi possível constatar outras incongruências, já que alguns profissionais 73% (35), explanam as condições do paciente bem como o contexto encontrado, mas não indicam a necessidade de internação, seja ela de qualquer natureza, deixando as autoridades judiciais sem subsídios para tomada de decisão. Entretanto, existem algumas respostas, 27% (13) nas quais os profissionais indicam a necessidade de internação involuntária/ compulsória a partir de suas visitas e contato que estabeleceram com o paciente.

Em contrapartida, as autoridades judiciais também não fornecem resposta quanto aos relatórios encaminhados pelo CAPS, indicando se estes são ou não viáveis e/ou se dão conta do que foi demandado. Além disso, não há documentos, elaborados pela equipe multiprofissional da Central de Atendimento à Saúde da Defensoria Pública, que possam subsidiar e ou complementar o trabalho realizado pelos profissionais do CAPSADIII. Levando em conta que, de acordo com o Diário Oficial do Estado do Tocantins[5] nº 4.741, tal equipe possui um conjunto de atribuições,

[5] ANO XXVIII - ESTADO DO TOCANTINS, SEXTA-FEIRA, 11 DE NOVEMBRO DE 2016.

dentre as quais podemos citar “realizar articulação com a rede de serviços e políticas públicas” (Art. 5 – XIII) e “subsidiar [...] as ações dos Defensores Públicos nas diversas áreas de atuação [...]” (Art. 5 – V). Fica evidente a necessidade de alinhar as ações destas equipes, de modo a possibilitar a construção de projetos terapêuticos que contemplem as necessidades, tanto da justiça como da saúde.

Essa significativa ausência de comunicação entre o serviço de saúde e o judiciário, acaba por dificultar ou mesmo inviabilizar o acompanhamento do paciente pelo CAPS AD. Entender se o paciente foi internado e o motivo, por quanto tempo ficará internado, se segue sem acompanhamento, entre outras informações, são fundamentais para sistematizar, monitorar e avaliar as ações desenvolvidas, bem como planejar intervenções futuras, posteriores a uma possível internação.

Assim, a aproximação entre Justiça e Saúde se faz necessária na construção de uma estrutura normativa constitucional e calcada na efetivação (e não privação) dos direitos do cidadão, procurando-se fundamentalmente desconstruir a barreira, por vezes existente entre a linguagem médica e a linguagem jurídica. (JUNIOR, 2013).

Perfil dos usuários de substancias psicoativas do CAPS AD III de Palmas – TO notificados por demandas judiciais

Importante lembrar que os dados aqui discutidos representam apenas uma parte do universo de demandas judiciais encaminhadas ao CAPS, uma vez que o quantitativo total de demandas é desconhecido e sua forma de retenção tornaram o escopo quantitativo impreciso. Informações socioeconômicas como ocupação, cor da pele e escolaridade estão são negligenciadas no momento de registrar os dados cadastrais do indivíduo. Não se sabe se a ausência destas informações deve-se a recusa do usuário em responder, ou a do/a profissional em não perguntar.

Dentre as demandas estudadas a maior prevalência são de pacientes do sexo Masculino, totalizando 90% (43) dos indivíduos, enquanto do sexo feminino foram encontradas apenas 10% (05) pacientes. No que tange a faixa etária, temos 15% (07) indivíduos de 18 a 22 anos, 23 a 39 anos como maioria, com 58% (28) e 40 a 59 anos, 27% (13). Com relação a variável cor da pele foi identificado que a maioria, 44% (21) dos pacientes se declaram pardos, 33% (16) se declaram negros, 11% (05) brancos, 08% (04) amarelos e 04% (02) não tinham a informação referida em seus cadastrais. No quesito escolaridade 48% (23) informaram possuir ensino fundamental, 19% (09) ensino médio e 33% (16) não tinham a informação em seus dados cadastrais. Quanto

a variável referente a ocupação 15% (07) pacientes informaram trabalhos informais, 02% (01) se declarou desempregado e 83% (40) não tinham a informação citada em seus dados cadastrais.

Quanto à presença de transtorno mental, encontramos que 100% (48) dos prontuários estudados têm registros de diagnósticos. O Cid mais prevalente é o F19.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência, presente em 75% (36) dos prontuários. Os diagnósticos com frequência modificavam-se, tanto nos registros em prontuário, como nos relatórios/laudos fornecidos mediante demandas judiciais e outros fins, estes divergiam entre si, em número e no próprio diagnostico. Dentre os prontuários estudados em 35% (17), havia divergências desta natureza.

Com relação às drogas consumidas, 61% (29) fazem uso de múltiplas drogas (crack, maconha, álcool, cocaína e tabaco), 27% (13) fazem uso apenas álcool, 06% (03) fazem uso de maconha e 06% (03) apenas uso de Crack. Quanto ao tempo de tratamento dos pacientes no CAPS AD pacientes em tratamento de 6 meses a um ano totalizam 44%, pacientes em tratamento de um a quatro anos são 33% (16) e 23% (11) dos pacientes estão em tratamento a mais de quatro anos. Isso evidencia que parte dos pacientes já estava em tratamento no CAPS quando foram notificados pelas demandas judiciais.

No que se refere à adesão ao PTS, fica evidente que o paciente compelido ao tratamento por meio de demandas judicias não adere ao PTS (Projeto Terapêutico Singular), mesmo após a determinação judicial. Dentre os prontuários estudados 85% (41) não mantiveram ou manifestaram protagonismo em seu tratamento, enquanto apenas 15% (07) conseguiram de fato protagonizar e dar seguimento ao seu tratamento.

Quanto ao tempo de afastamento ao longo do tratamento culminando em readmissões, 23% (11) mantiveram-se afastados por menos de 06 meses, 19% (09) de 06 meses a um ano e 8% (04) de um ano a dois anos; 31% (15) abandonaram permanentemente o tratamento, não realizando readmissão e outros 19% (09) não abandonaram o tratamento em momento nenhum.

Embora o consumo de substâncias não esteja restrito somente aos homens ao longo da história, ainda há uma escassez de análises sobre o uso de SPA a partir de uma perspectiva de gênero, especialmente entre as mulheres, dado que um olhar de gênero pode revelar a fragilidade das políticas públicas voltadas para as pessoas em

uso de substancias psicoativas, que não têm suas reais necessidades identificadas e atendidas (ALVES; ROSA, 2016). Assim, tomou-se o uso problemático como um padrão de comportamento quase restritamente masculino.

No cenário da saúde mental, que inclui as pessoas que usam SPA, peculiaridades referentes à heterogeneidade das pessoas não foram contempladas. As autoras Alves e Rosa (2016) ponderam que, se por um lado as mulheres estão mais visíveis, pois aumentou o consumo de SPA entre elas, por outro lado, apesar deste aumento continuam invisibilizadas, uma vez que o envolvimento com SPA permanece sendo visto predominantemente a partir da etiologia masculina, o que, frequentemente, as põe enquanto alvo de intervenção tardia e dupla estigmatização ("ser mulher + usar drogas"), acabando por ser esquecidas e negligenciadas.

A principal fonte jurídica da consolidação dos direitos sociais é a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que estabeleceu, em seu artigo XXV, que todo homem deve ter um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem- -estar social. (GONTIJO, 2010). O padrão citado pelo autor, está muito distante do enquadre retratado em nosso estudo.

Faz-se necessário reconhecer que esse estreitamento de possibilidades, vivenciado também pelos pacientes do CAPS AD, não se inicia a partir do envolvimento com o abuso de drogas/trafico, mas começa antes, em experiências anteriores, em uma previa configuração social marginal (evasão escolar, situação de pobreza econômica, entre outros). Evidentemente, tais fatores, por si só não se vinculam de modo direto ao uso de SPA, mas são indicadores importantes que podem ser utilizados, se pensarmos em termos de planejamento de ações nas políticas públicas voltadas para a juventude principalmente. (Scisleski, maraschin, 2018).

Bastos e Bertoni (2014) em parceria com a fundação Oswaldo Cruz, a Secretaria Nacional de Políticas sobe Drogas (SENAD), IBGE e Princeton University, arquitetaram pesquisa visando sumarizar dados nacionais, foram entrevistados cerca de 7 mil usuários de crack/similares e outras drogas em todo o Brasil, possibilitando traçar o que denominaram o retrato da exclusão, já que em sua maioria os usuários são homens, negros ou pardos, pouco escolarizados, em situação de rua, uso inicial na juventude, usuários de múltiplas drogas (MD) já vivenciaram situações de violência, conflitos legais e privação de liberdade e já foram expostos a vulnerabilidades sociais.

Como colocado pelo CFESS (2016) no caderno sobre o estigma do uso das drogas, o "proibicionismo" que gerou a chamada "guerra às drogas" no Brasil,

contribuiu para essa ligação moral, entre o pobre, o proibido e o ilegal, uma vez que ações armadas em alguns locais, que foram considerados perigosos estavam direcionadas ao extermínio da juventude pobre e negra, gerando como reflexo, um aumento do encarceramento. Existe ainda a predominância de uma análise individualizante, atribuindo-se muitas vezes as dificuldades do paciente ao seu próprio caráter.

Os usuários de SPA são sujeitos de direitos e não se pode tratá-los apenas no âmbito do Direito Penal, com a criminalização de condutas, mas sim como sujeitos que fazem parte de um fenômeno social que precisa de uma solução. Isto posto, depreende-se que fenômenos sociais necessitam de abordagens de diversas áreas do conhecimento que se entrecruzem, promovendo a interdisciplinaridade (BONINI; CANDIDO, 2016). Essa convergência de diferentes olhares das áreas de conhecimento e dos setores na gestão pública, pede que se realize a intersetorialidade, que segundo Romagnoli et al. (2017), é a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas.

A predominância de diagnósticos, bem como as contrariedades com relação a estes, encontrados na pesquisa, remete a psiquiatrização, movimento que culmina na expansão do campo da psiquiatria para outras áreas do conhecimento e outros espaços sociais, circunscrevendo-se em relação a comportamentos, práticas e discursos tidos como anormais, em detrimento de outros, ditos patológicos (SOARES, et al., 2017).

O diagnóstico de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas -síndrome de dependência, é predominante em todos os prontuários, no entanto é importante ressaltar que o diagnóstico de uma dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio (ALBUQUERQUE, 2014).

Uma maior prevalência do uso de múltiplas drogas (crack, maconha, álcool, cocaína e tabaco), foi percebida entre os pacientes de demanda judicial. Em segundo lugar ficou o álcool. Apesar do uso do álcool, isoladamente, ter ficado em segundo lugar, percebemos na análise dos prontuários que o álcool é consumido por quase todos os participantes, em relatos de uso associado, mas não percebido como

prejudicial. No Brasil, o álcool aparece como a SPA mais utilizada, e a dependência deste atinge cerca de 10% da população, o fato de ser lícita favorece o seu elevado consumo, nesse sentido, o alcoolismo tem sido uma das maiores preocupações da saúde pública no mundo, estando associado a vários outros problemas como, mortes no trânsito e perturbações familiares (WEISS ET AL., 2017).

Percebemos que a judicialização não garante de fato a adesão ao tratamento, uma vez que 85% apresentou uma baixa adesão, não mantendo a assiduidade esperada e não cumprindo a proposta terapêutica construída e; apenas 15% dos pacientes apresentaram um bom nível de adesão ao tratamento. Muitos consumidores de substâncias psicoativas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde ou de seus familiares, e abandonam os serviços, outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças (ALBUQUEQUE, 2014).

Para Bartholomeu et al. (2014) entre as maiores dificuldades e motivos de abandono de tratamento encontram-se a motivação para modificar ou interromper o uso dessas substâncias e as recaídas frequentes, que dão ao indivíduo a sensação de fracasso. Isso acontece em especial em tratamentos tradicionais que vislumbram exclusivamente a abstinência e deixam de lado a redução de danos, abordagem que reconhece a singularidade de cada usuário e visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas.

Tal tratamento deve abranger o indivíduo como um todo, bem como o impacto e as consequências do consumo sobre as diversas áreas da vida do mesmo, analisando as múltiplas dimensões da vida que são afetadas em função do uso/abuso de álcool e outras drogas (relacionamento familiar, convívio social, trabalho e saúde), e a abrangência do tipo de drogas que pode ser utilizada e seus efeitos adversos (ALBUQUEQUE, 2014).

Relação entre demanda judicial, internações e comunidades terapêuticas

Ressaltamos que a ausência de registro sobre todos os desfechos das demandas judiciais, torna essa variável importantíssima para o acompanhamento do tratamento e avaliação dos pacientes. A dificuldade se concentra na ausência de comunicação entre o serviço de saúde e o judiciário, que após o envio de relatório psicossocial e/ou laudo psiquiátrico, se mantem distantes e não se relacionam, permitindo que informações como: se o paciente será submetido a internação ou não,

se foi enviado para comunidades terapêuticas ou mesmo se está sem tratamento, seguem sem resposta e em geral só serão sanadas muito tempo depois, quando o próprio paciente ou familiar retornar ao serviço, caso retorne.

No que concerne aos desfechos das demandas judiciais e sua relação com as internações de suas diversas formas, identificamos que 31% (15) dos casos de pacientes notificados por demandas judiciais resultaram em internação. Destes, 47% (07) internação involuntária, 33% (05) passaram por internação compulsória e 20% (03) aderiram à internação voluntária. Dentre os que não passaram por internações mediante a demanda judicial estão 29% (14) dos pacientes. Nos outros 40% (19) dos casos o desfecho não encontrava-se relatado nos prontuários, possivelmente não foi informado ao CAPS, ou seja, serviço não teve acesso a informações sobre a determinação da demanda judicial.

No que se refere a passagem por Comunidades Terapêuticas, (CTs) dentre os 48 pacientes estudados 73% (35) passaram por comunidades terapêuticas e apenas 27% (13) nunca passaram por comunidades terapêuticas. Dentre os que passaram por comunidades terapêuticas 48% (17) passaram pela internação apenas uma vez, 23% (08) duas vezes, 14% (05) três vezes, 9% (03) quatro vezes, 6% (02) cinco ou mais vezes.

A maioria dos pacientes notificados por demandas judiciais no CAPS AD, passaram por internações posteriores, sendo a internação involuntária a mais frequente. Estes pacientes majoritariamente também passaram por regimes de internação em comunidades terapêuticas.

Ao analisarmos, os processos judiciais voltados para internação encaminhados ao CAPS, constatamos, desde logo, a incidência de uma contradição entre essa medida que tem por consequência a privação de liberdade e a lógica do CAPS como serviço de saúde mental em rede de base comunitária, não somente em decorrência da limitação espacial dada pelo regime de clausura próprio da medida de internação, mas em função da lógica de “portas abertas” da atenção psicossocial.

A partir de 2010 as comunidades terapêuticas (CTs) passaram a fazer parte do SUS, integrando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), essa inclusão das comunidades terapêuticas no SUS e outras medidas atuais relativas ao tratamento dos usuários de drogas têm levantado críticas e debates por parte de profissionais de saúde e conselhos de categorias profissionais. Isso porque com financiamento dos

leitos nas CTs não se fortalece a rede de atenção psicossocial, mas se cria uma rede paralela, não complementar. Nesse sentido, seria precipitado trazer tais entidades para a rede pública de saúde com o argumento de que os serviços atuais não estão dando certo, uma vez que, apesar de existirem há algum tempo, as próprias comunidades não deram provas cientificas de sua eficácia (WOERNER, 2015).

Tendo em vista que o objetivo das CT's é a abstinência total, este estudo sugere que tais serviços não estão sendo eficazes, na medida em que a maior parte dos usuários com demandas judiciais tiveram uma ou mais passagens por estes estabelecimentos e continuam fazendo uso prejudicial de SPA.

Além disso, no Brasil um levantamento realizado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho federal de Psicologia (2011), em locais de internação para usuários de drogas (dentre eles as CT's), evidenciou em todo o país práticas, que frequentemente travestidas de proteção e cuidado, ocultavam graves violações de direitos humanos e maus tratos.

Ramos e Boarini (2015), nos falam que a vinculação e o enquadramento aos pressupostos de uma instituição fechada levam o indivíduo a uma "mortificação do eu", à perda de sua identidade e a intenso sofrimento, assim muitos dos pacientes que passam por este regime das CTs, abandonam o tratamento em função da rigidez das normas e da maçante rotina de orações ao longo do dia, além da dificuldade de adaptação e permanência, já que a abstinência nem sempre é possível e desejada por todos os usuários.

Devemos estimular constantemente a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência e atenção psicossocial centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que enfatizem a reabilitação e reinserção social dos usuários de SPA, amparada em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (BONINI E CANDIDO, 2016).

Assim, a aproximação entre Justiça e Saúde se faz necessária na construção de uma estrutura normativa constitucional e calcada na efetivação (e não privação) dos direitos do cidadão, procurando-se primordialmente descontruir a barreira, por vezes existente entre a linguagem médica que busca descrever o estado do paciente em uma escala que vai de grave a completamente saudável, e a linguagem jurídica que se faz simplista e binária, quando identifica o doente como capaz ou incapaz (JUNIOR, 2013).

Considerações Finais

Algumas limitações foram encontradas, tais como a inexistência de critérios para o ordenamento das demandas judiciais encaminhadas ao CAPS AD, culminando inclusive no extravio de demandas. Também são inexistentes procedimentos comuns no processo de construção das resposta das demandas judiciais entre os profissionais atuantes na unidade. Existe uma ineficiência no processo de comunicação entre o judiciário e a saúde, que promove um vácuo de informações importantes sobre o caminho percorrido pelos pacientes.

As demandas encaminhadas ao CAPS AD em geral, são requeridas por parentes próximos ao usuário de substâncias psicoativas, visam à realização de busca ativa para confecção de laudo e pleiteiam ao serviço que indique a necessidade de internações psiquiátricas, que por si só não garante um tratamento eficiente e qualitativo. O que nos leva a questionar se ainda estamos presos a “antigas” concepções e práticas estigmatizantes e excludentes que a reforma psiquiátrica vem buscando debelar.

Pode-se inferir que o perfil dos usuários de SPA admitidos na unidade e notificados por demandadas judiciais vai de encontro a um retrato de exclusão, estreitamento de possibilidades e segregação social. Nesse viés o tratamento também pode ser visto como uma punição, através dos olhos da moralidade. Os usuários de SPA são sujeitos de direitos e não se pode tratá-los apenas no âmbito do Direito Penal, com a criminalização de condutas, mas sim como sujeitos que fazem parte de um fenômeno social que precisa de uma solução.

Observamos que muitos pacientes que vêm encaminhados da Justiça para tratamento no CAPS AD chegam a inicia-lo, mas logo depois de transcorrido o prazo determinado pelo Poder Judiciário interrompem o tratamento, por não julgarem mais necessário e tendem continuam fazendo o mesmo uso que culminou com uma intervenção judicial. A baixa adesão ao tratamento se dá em partes pelo fato da maioria dos encaminhados não se considerar dependente químico, ou não identificar prejuízos decorrentes do uso e, julgar desnecessário o tratamento imposto pela justiça. Ainda se faz necessário conhecer, mais a fundo, a realidade vivenciada por essa parcela de usuários, onde o tratamento é visto como uma medida impositiva, e não como uma demanda espontânea.

Percebemos que as demandas judiciais tendem a resultar em processos de internação e que os pacientes notificados já passaram mais de uma vez por tratamentos coercitivos e excludentes do convívio em sociedade, especialmente em comunidades terapêuticas onde a abstinência é o único caminho e a violação de direitos vem disfarçada de cuidado.

Torna-se necessário cultivar um estreitamento nas relações entre o serviço de saúde e o sistema judiciário, alinhando por meio de processos formativos conjuntos, a linguagem entre os dois seguimentos, evitando contradições e práticas descontextualizadas, garantindo a efetivação dos direitos dos usuários de substâncias psicoativas. Tão importante quanto é fortalecer a lógica de funcionamento do CAPS de acordo com sua política de funcionamento, identificando-se prioritariamente como serviço de referência, ordenador no atendimento a usuários de substâncias psicoativas dentro do sistema único de saúde.

Este estudo traz algumas reflexões e levanta a possibilidade de outras pesquisas que possam intervir junto ao CAPS AD na tentativa de mudança da realidade apresentada. Ao próprio CAPS cabe buscar a construção de processos comuns no que se refere as demandas judiciais e incorpora-las a seu processo de trabalho. Com isso, espera-se que esta pesquisa catalise novas investigações no tema visando ampliar dados quanto ao levantamento e caracterização desta crescente população judicializada e indicar diferenças e rotas de intervenção e cuidado psicossocial e psiquiátrico com esta população em razão das peculiaridades deste perfil, sendo esta uma preocupação existente em diversas esferas da sociedade que impactam diretamente no direcionamento de políticas públicas de saúde quanto aos usuários de substancias psicoativas.

Referências

ALBUQUERQUE, Daniela Bacelar Pontes de. *Demanda Judicial:* **perfil dos usuários de drogas atendidos em um CAPS ad III em Brasília**. 2014. 33 f. Dissertação (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, na especialidade Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ALVES, Tahiana Meneses; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: A importância de uma perspectiva de gênero. Estudos Feministas, Florianópolis, 24(2): 292, maio-agosto/2016. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p443> Acesso em: 2 Jan. 2019.

AZEVEDO, Dulcian Mederos; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes. **PRÁTICAS**

PROFISSIONAIS E TRATAMENTO OFERTADO NOS CAPSad DO MUNICÍPIO DE NATAL-RN: com a palavra a família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, vol. 14, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 56-63. Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127712632009>. Acesso em: 31 jan. 2019.

BARTROLOMEU, Daniel et al. **Avaliação da ansiedade e outros aspectos emocionais de dependentes químicos em regime de internação**. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 352-370, dez. 2014. Disponível em:<http://www.redlyc.org/articulo.oa?id=94632922005>. Acesso em: 22 out. 2019.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack:* **quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil**? quantos são nas capitais brasileiras? RJ: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Acesso em: 22 out. 2017.

BONINI, Luci Mendes Melo; CANDIDO, Valéria Bressan. **Drogas, Poder e Intersetorialidade nas Políticas Públicas:** Ação do Poder Judiciário na Cracolândia em São Paulo. II Mostra Nacional de Trabalhos Científicos, Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Universidade de santa cruz do Sul, 2016. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14631>. Acesso 21 Jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da república Federativa do Brasil,* Brasília, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 21 out. 2017.

_____. 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 república Federativa do Brasil,* Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 21 mar. 2017.

_____. Lei 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 república Federativa do Brasil,* Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 8 out. 2017.

_____.Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 10ed. rev. São Paulo: EDUSP; 2017. vol.1.

CARNEIRO, Henrique; CORDEIRO, Francisco. **Drogas e sociedade**. Ministério da saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – Universidade Aberta do SUS, Santa Catarina. 2014, 63 f. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1610 >. Acesso em: 22 out. 2017.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. *Internação compulsória e crack:* **um desserviço à saúde pública**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, jun.

Conselho Federal de Serviço Social. **O estigma do uso de drogas**. Brasília, DF, 2016. (Assistente social no combate ao preconceito). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 31 Jan. 2019.

Conselho Federal de Psicologia; Comissão Nacional de Direitos humanos. Relatório de 4ª Inspeção nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília, DF, 2011. Disponível em:< http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/6897/kelynascimentosilvalouza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 fev. 2019.

FAJARDO, Miguel Angel Ramirez. **Estratégias de abordagem aos usuários de álcool e substâncias psicoativas para melhoria da atenção a saúde**. 2016. 37 f. Dissertação (Especialização em atenção básica em saúde da família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

FORTES, Hildenete Monteiro. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas.** *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 10, n. 2, p. 321-330, dez. 2010. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>. Acesso em 8 out. 2017.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4º Ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: < https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elab orar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf> . Acesso em: 03/11/17

GOLDENBERG, Mirian. *A Arte de Pesquisar*: **como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8° Ed. Rio de Janeiro: Record,2004.

GONTIJO, Guilherme Dias. **A judicialização do direito à saúde**. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(4): 606-611. Disponível em:<*rmmg.org/exportar-pdf/345/v20n4a18.pdf>. Acesso em 6 fev. 3019.*

JUNIOR, Rubens Correia. As Internações Involuntárias De Drogodependentes Frente À Legislação Brasileira - Uma Análise Em Relação Ao Contexto Histórico Do Tratamento De Dependentes E As Políticas Higienistas E De Profilaxia Social. Revista de Direitos Fundamentais e Democracia, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, janeiro/junho de 2013. Disponível em:<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/352/320 >. Acesso em 1 fev. 2019.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. **Fatores Desencadeantes do uso de Drogas de Abuso em Mulheres**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 662-70. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a12.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2019.

Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. **Amostragem em pesquisa clínica**: tamanho da amostra. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2008 maio-ago; 20(2): 186-94

NETO, Antonio Joaquim Fernandes. **Caderno mídia e saúde pública**: Comunicação em saúde pela paz. Belo Horizonte, v. 02 p. 49 – 51, 2007. Disponível em:<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-midia-e-saude-publica- 2.pdf#page=49**>**. Acesso em: 21 mar. 2018.

OLIVEIRA, Lucas Lopes. ***O proibicionismo e a questão do consumo como elemento cultural:*** **a ineficácia da adoção da lógica simplista em termos de políticas de drogas.** *Revista Eletrônica Direito e Sociedade*, Canoas, v. 2, n. 2, p. 51-66, nov. 2014.Disponível em: <http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/redes>. Acesso em: 20 out. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico] : **métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7717-158-3

PAIVA, Fernando Santana de; RODRIGUES, Marisa Cosensa. ***Habilidades de vida:*** **Uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo**. *Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Minas Gerais, v. 8, n. 3, abr.2008.

PEDROSA, Tacianna Bandim; MOREIRA, Maria Inês Badaró. **Saúde mental e justiça: os desafios do cuidado em rede**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(2): 73-82, abr-jun, 2017. Disponível em:< http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/18864/12841>. Acesso em 31 jan. 2019.

RAMOS, Renata Cristina Marques Bolonheis; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades terapêuticas**: “novas” perspectivas e propostas higienistas. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.22 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2015. Disponível em:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005**.** Acesso em 1 fev. 2019.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho Romagnoli et al. **Intersetorialidade em Saúde Mental**: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro. Revista Subjetividades, Fortaleza, v.17, n 3: 157-168, dez-2017. Disponível em:< http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6075>. Acesso em: 31 jan. 19.

RUIZ, Viviana Rosa Reguera ; MARQUES, Heitor Romero. *A internação compulsória e suas variáveis:* reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do

paciente na sociedade. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 7, p. 1-8, jun. 2015.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas*: **Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 2 ed. Brasília, 2010. 376 p.

Soares, Ricardo Henrique, et al. Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017, v. 21, n. 60, pp. 123-131. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0636>. Acesso em 31 Jan. 2019.

SOUZA, Adriana Pereira. **Famílias e dependência química.** 2017. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2016.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci. *Internação psiquiátrica e ordem judicial:* **saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas**.Psicologia em estudo, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457 – 465, set. 2008. Disponível em:<Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122110006>. Acesso em: 22 out. 2017.

_____. *Transtornos devido ao uso de substâncias*. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp. 58-61). Brasília: OMS, 2001.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. *Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas:* análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016, Ciência e Saúde Coletiva, Rio de janeiro, v. 22, n. 8, p. 1455-1466, maio 2017. Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050935007>. Acesso em: 10 nov. 2017.

UNODOC. United Nations Office On Drugs And Crime. *World Drug Report.* New York, 2016.

VENTURA, Miriam et al . Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010 . Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>. Acesso em: 2 Jan. 2019.

WEISS, Carin Vieira et al. **Prevalência da dependência de álcool em usuários de substâncias psicoativas.** Rev Enferm UFPI. 2018 Jan-Mar;7(1):20-5. Disponível em:<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6349/pdf>. Acesso em: 2 Jan. 2019.

WOERNER, Camila Biribio. **Serviço Social e Saúde Mental**: atuação do assistente social em comunidade terapêutica. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 174 - 185, jan./jun. 2015. Disponível em:<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/18155/13317>. Acesso em: 2 Jan. 2019.

SAÚDE MENTAL E RAÇA/ETNIA: UM ESTUDO ACERCA DA QUESTÃO RACIAL E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS USUÁRIOS/AS NEGROS/AS ATENDIDOS/AS NO CAPSADIII DE PALMAS/TO.

MENTAL HEALTH AND RACE / ETHNIC: A STUDY ABOUT THE QUESTION RACIAL AND ABUSIVE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS BLACK USERS / ATTENDED AT CAPSADIII PALMAS / TO.

Naiara Mascarenhas
Jonatha Rospide
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas-TO
naiaraenegrecer@gmail.com

Resumo: Esse artigo propõe analisar os determinantes sociais em saúde mental, com ênfase na problemática do racismo como promotora de desigualdades raciais, que impactam a vida objetiva e subjetiva da população negra do Brasil. Propôs então analisar esse fenômeno na realidade dos/as usuários/as negros/as atendidos/as pelo CAPS AD III de Palmas, com foco no aspecto objetivo/material dessa população. A partir de uma abordagem qualitativa; e com técnicas de pesquisa documental e bibliográfica, realizada através de análises das avaliações sociais dos/as usuários/as do serviço; estudos teóricos e outras pesquisas que se debruçam a entender as relações raciais no Brasil; foi possível identificar o alto nível de vulnerabilidade social e mental em que esses sujeitos estão submetidos, e como o processo de opressão racial contribui para o adoecimento mental dos mesmos, manifestado no consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Racismo; negros; saúde mental; relações raciais.

Abstract: This article proposes to analyze the social determinants of mental health, with emphasis on the problematic of racism as a promoter of racial inequalities, that impact the objective and subjective life of the Brazilian black population. He proposed to analyze this phenomenon in the reality of the black users served by the CAPS AD III of Palmas, focusing on the objective / material aspect of this population. From a qualitative approach; and with documental and bibliographic research techniques, performed through analyzes of the social evaluations of the users of the service; theoretical studies and other studies that investigate racial relations in Brazil, it was possible to identify the high level of social and mental vulnerability in which these subjects are subjected and how the dialectical process involving the experience of racism and mental illness contributes to consumption abusive use of alcohol and other drugs.

Keywords: Racism; blacks; mental health; race relations.

Introdução

Reconhecendo as marcas do racismo sobre a saúde da população negra, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 10 de novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e nos atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, além de promover a equidade no acesso à

saúde da população negra (SEPPIR, 2007). Essa política, para além de ser um instrumento legal, representa um avanço no que se refere ao olhar do poder público sobre a questão racial no Brasil, que sempre foi marcado pela reprodução das desigualdades raciais, evidenciado, sobretudo, a partir do silenciamento do Estado a respeito do racismo.

A saúde, além de ser considerada um direito humano fundamental pela declaração universal dos direitos humanos (ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1948), é também um direito constitucional**,** previsto na constituição federal de 1988, e integra o rol de políticas da seguridade social, junto com a Assistência Social e Previdência (BRASIL, 1988). Desse modo, a saúde passa a ser direito de todos/as, sendo dever do Estado em provê-la, e o gozo desse direito possui uma função essencial para o pleno exercício da cidadania de grupos historicamente excluídos.

Essa conquista, em grande medida, deu-se devido à reivindicação do movimento sanitarista que, desde o período da ditadura militar, mais especificamente na década de 70, pautava a necessidade de um sistema de saúde público, descentralizado, universal, gratuito e de qualidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A partir de então, em 1990, com a lei nº 8.080, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios gerais a universalidade, integralidade, equidade[1]e participação popular (BRASIL, 1990). Não obstante, em um país com grande diversidade, e também enormes desigualdades, como o Brasil, o princípio da equidade se mostra um grande desafio, que precisa ser materializado nos índices que retratam os níveis de saúde da população brasileira e, sobretudo, da população negra.

O SUS além de ser considerado um avanço no âmbito legislativo, também pode ser percebido como um progresso no seu sentido programático, pois a saúde deixa de ser entendida apenas como a ausência de doença (restrito ao sentido físico) para ser trabalhada também na perspectiva da qualidade de vida. Essa mudança de paradigma pressupõe o reconhecimento dos determinantes sociais como fatores que impactam os níveis de saúde, física e psicológica, dos indivíduos, e requer a implantação de ações não só na linha da reabilitação e recuperação da saúde, mas também de promoção da saúde e prevenção de agravos (COHN et. al. 1999).

---

1 “[...] a equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação” (SANTOS, 2013, p 51).

> Art. 3o Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (LEI N° 8.080 de 19/09/90)

Mudança de paradigmas também esteve em curso no campo da saúde mental, a partir da incidência do movimento de reforma psiquiátrica diante do poder público, iniciado na década de 1970 (AMARANTE; NUNES, 2018). O marco desse processo foi registrado na lei n° 10.216 de abril de 2001 que visa a proteção dos direitos de pessoas que possuem transtornos mentais; e também na implantação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) através da portaria n° 3.088 de dezembro de 2018, de caráter comunitário, e não isolador, com ênfase na reabilitação psicossocial. Tem como diretrizes:

> I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011)

Contudo, apesar de notáveis avanços na política de saúde mental, verificada na criação dos CAPS's (Centro de Atenção Psicossocial), percebe-se um retrocesso no que se refere ao movimento de desinstitucionalização de pessoas que possuem transtorno mental propulsionado pelo movimento de reforma psiquiátrica.

> Mas os ventos começaram a mudar já em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira. (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2073)

Ainda assim, apesar dos indicativos de retrocessos financeiro e político à Política de Saúde Mental, essa pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial- álcool e outras drogas (CAPS AD III)[2] de Palmas -TO visando compreender como as condições de vida e as características étnico-raciais influenciam na saúde mental, em especial no consumo de álcool e outras drogas, da população negra atendida nesse serviço.

Os dados apresentados nesse trabalho foram extraídos das avaliações sociais[3], aplicadas no CAPS AD III de Palmas por assistentes sociais atuantes no serviço (residentes, contratados e efetivos) no período de setembro de 2017 à outubro de 2018[4], que no total resultou em 86 avaliações sociais analisadas. Também foi utilizada pesquisa bibliográfica para discussão dos dados, bem como para embasamento teórico dos resultados.

O presente trabalho é composto basicamente por 4 partes, a primeira discute o fenômeno do racismo como elemento importante nos determinantes sociais no processo de saúde-doença, a segunda se concentra no debate histórico acerca da realidade da população negra de forma geral e no campo da saúde mental, a terceira traz a discussão da relação entre os dados coletados com o referencial teórico, e a quarta e última, se refere as considerações finais, ou seja, as principais sínteses dos resultados da pesquisa realizada, apontando caminhos possíveis para atenção e gestão da saúde do Município.

Racismo como determinante social em saúde

Os determinantes sociais são componentes fundamentais quando se busca entender a situação de saúde de uma determinada população. Essa forma de conceber saúde parte do pressuposto de que o humano é um ser integral, interligado e complexo, e portanto, o aspecto fisiológico/biológico não deve ser desconectado do contexto externo em que estão inseridos[5].

2§ 4º. IV Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (PORTARIA N° 3.088 DE DEZEMBRO DE 2011)

3A avaliação social é instrumento privativo, tanto na aplicação quanto no acesso, do serviço social, e tem como finalidade ofertar melhor acompanhamento aos usuários do serviço, bem como a sistematização do trabalho do assistente social.

4a alteração na abrangência do período das avaliações sociais se deu devido a constatação da existência de poucas avaliações sociais preenchidas no período antes estipulado que era de novembro de 2017 à setembro de 2018.

5Essa visão é expressa pela OMS quando define que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”

Em se tratando de saúde mental, compreender os determinantes sociais se faz imprescindível, uma vez que a maioria das ocorrências de adoecimento mental está relacionada, com maior ou menor intensidade, à pobreza, à raça, ao gênero, ao desemprego e a violência urbana (SILVA; SANATANA. 2012).

Diante disso, surge a importância de discutir raça[6] no Brasil e, no caso deste trabalho especificamente, a discussão forjada entre raça e saúde mental no município de Palmas; enquanto um determinante social de saúde. . A desigualdade operada pela raça decorre do fato de que as características raciais-fenótipas[7] atuam como marcador social, que designa posições desiguais nas relações sociais, colocando assim em desvantagem certo grupo racial.

O Brasil, como país fundado na exploração da raça indígena e negra por mais de quatro séculos, mantém sequelas evidentes da perpetuação dessas desigualdades em diversos índices sociais. Nacionalmente os/as negros/as estão em desvantagem no que se refere à educação, trabalho, habitação (IPEA, 2014) lazer (FOLHA DE S. PAULO, 2018) e saúde (CHOR, LIMA, 2005). Para analisar e compreender a situação atual da população negra é importante recorrer aos estudos dos processos históricos de formação social ocorridos no Brasil, que tiveram especificidades significativas no que se refere à questão racial.

Histórico da escravidão

A formação social do Brasil, desde o período colonial, está permeada por valores raciais que foram produzidos e reproduzidos através da escravidão. O período de escravidão no Brasil compreendeu o ano de 1534 à 1888 (ESTRADA, 2005), totalizando 354 anos em que a população negra foi desumanizada, violentada e brutalmente explorada. Apesar de pouco registro histórico[8] a respeito das questões técnicas envolvendo esse período, estima-se que mais de 4.000.000 de africanos foram traficados para o Brasil (NASCIMENTO, 1978).

6"A idéia de "racialização" ou "formação de raça" se baseia no argumento de que a raça e uma construção social e categoria não universal ou essencial da biologia (...) O conceito de racialização refere-se aos casos em que as relações sociais entre as pessoas foram estruturadas pela significação de características biológicas humanas, de tal modo a definir e construir coletividades sociais diferenciadas." (SILVERIO; TRINIDAD, 2012. p. 910)

7No Brasil vigora a forma de racismo baseada pelas aparências físicas do sujeito, ao contrário dos EUA que se estabelece pelo critério de origem, ou seja, pessoas que possuem em seu DNA elementos africano, já é considerado alvo do racismo, mesmo sem possuir características físicas aparentes de tal raça. (CAVALCANTI, 1999)

8 Houve decisões institucionais pelo poder público em ocultar documentos que comprovassem as violências cometidas no período de escravidão. Prova disso foi a circular n°29, de 13 de maio de 1891, assinada pelo ministro das finanças, onde ordenava a eliminação de documentos e registros a respeito do comércio de escravos (NASCIMENTO, 1978).

A escravidão além de representar a exploração gratuita da mão de obra de uma raça em relação à outra, significou um longo processo de desumanização e degradação das relações estabelecidas entre a raça exploradora e a explorada (PEREIRA, 2012). A violência desse período, portanto, deve ser destacada como um problema econômico e moral, como demonstrado no livro de Clovis Moura “A história do Negro Brasileiro”:

> [...] o negro escravizado vivia como se fosse um animal. Não tinha nenhum direito, e pelas ordenações do Reino podia ser vendido, trocado, castigado, mutilado ou mesmo morto sem que ninguém ou nenhuma instituição pudesse intervir em seu favor. Era uma propriedade privada, propriedade como qualquer outro semovente, como porco ou o cavalo. (IBID, 1992. p.15)

Essa revisão histórica serve para comprovar a complexidade e magnitude que esse período de escravidão significou para a formação social brasileira e os impactos que isso exerce na nossa atualidade. Vale destacar, que mesmo após a abolição da escravidão, não houve por parte do Estado nenhuma medida que visasse uma reparação histórica à população negra. O que vigorou foi um movimento contrário à inclusão de negros/as na sociedade de trabalho assalariado, com a existência da política de criminalização, encarceramento e genocídio do povo negro (NASCIMENTO, 1978).

O modelo econômico baseado na escravização de uma raça sobre a outra foi justificado, primeiramente, por meio de uma ideologia racista que classificava o negro como sujeito inferior ao branco, a princípio essa justificativa se dava pelo viés religioso, quando colocava os negros como seres sem alma e, posteriormente, ocorreu por meio do crescimento da propagação de estudos científicos que objetivavam comprovar as diferenças raciais pelo viés biologicista, promovendo a desqualificação dos/as negros/as (JACCOUD, 2008).

Para Jaccoud (2008) foi a partir desse movimento de justificar as diferenças raciais por embasamento biológico, no contexto de abolição da escravidão (1888), que o racismo consolidou a desqualificação da população negra na sociedade, sendo reproduzido principalmente pelo poder público através de decisões institucionais que visavam o embranquecimento da sociedade brasileira como forma de alcançar o desenvolvimento nacional. Nesta época acreditava-se que as características presentes no povo negro eram sinônimos de atraso, e que

portanto deveriam ser eliminadas afim de se atingir o progresso econômico, tal como na Europa.

É nesse contexto de abolição da escravidão, e situação de exclusão e desamparo social, que se registra o aumento do número de negros na situação de mendicância, vadiagem, sífilis e alcoolismo nos centros urbanos. Esse fenômeno de exclusão, o qual os/as negros/as eram maioria esmagadora, faz com que a psiquiatria realize notáveis investimentos teóricos, políticos e metodológicos para a domesticação dos corpos, por entender que o alcoolismo e a sífilis geravam graves conseqüências psíquicas e distúrbios sociais (FILHO, 2005). Entende-se que a condição da pessoa negra na sociedade pós escravidão, como sujeito excluído e criminalizado, possibilitou diversas situações que os expôs, também, ao sofrimento psíquico, manifestado na questão do consumo abusivo de álcool na época.

A lei áurea, que é tida como o regulamento que aboliu a escravidão, representa uma farsa, uma vez que não trouxe realmente uma possibilidade concreta de liberdade e inclusão dos/as negros/as à sociedade do trabalho assalariado. Essa ausência de reparação histórica é uma das grandes razões pela qual a população negra ainda se encontra em situação de pobreza e exclusão. O resultado é que:

> O negro, ex-escravo, é atirado como sobra na periferia do sistema de trabalho livre, o racismo é remanipulado criando mecanismos de barragem para o negro em todos os níveis da sociedade, e o modelo de capitalismo dependente é implantado, perdurado até hoje. (MOURA, 1992, p. 62)

Além da situação marginalizada em que os/as negros/as ex-escravos/as foram situados após a abolição, houve a disseminação de justificativas racistas para esse fenômeno, partindo dos intelectuais, cientistas e poder público, que buscavam a manutenção de privilégios da classe senhoril e subjugação dos/as afro-descendentes. Assume notoriedade, nessa conjuntura, as correntes teóricas de valores Eugenistas.

Eugenismo e o racismo científico

Um dos marcos da questão histórica do racismo no Brasil é o predomínio das ideias eugenistas, que vigorou no Brasil no começo do século XX. Trata-se de uma leitura da sociedade a partir do princípio da evolução e seleção natural estudado por Charles Darwin. Nessa linha de pensamento, conhecida como

darwinismo social, o/a negro/a representava o atraso, a preguiça, o crime[9], o vício e por isso deveria ser desaparecido/a. Surge então como método de eliminação do/a negro/a do Brasil as políticas de embranquecimento promovidas e incentivadas pelo poder público, responsável pela entrada, no Brasil, de aproximadamente 4 milhões de pessoas vindas de países europeus[10]. Esse processo significou o fortalecimento das ideias racistas, agora sendo embasadas pelo teor científico[11].

No livro "O espetáculo das raças" de Lilia Moritz Sciiwacz (1993), fica evidente o quanto o eugenismo foi predominante nas profissões de mais prestígio social no Brasil: o direito e a medicina. A saúde dos/as negros/as passa a ser vista descolada de seu contexto social, e explicada por questões raciais-deterministas, difundidas pela Liga Brasileira de Higiene Mental[12]

> O racismo "eugênico" se evidencia na difusão de que o alcoolismo era uma tendência hereditária em negros e que a sífilis, em negras e mestiças constituía-se uma predisposição genética. É curioso observar que a Liga "fazia clara distinção entre o alcoolismo das pessoas respeitáveis e o alcoolismo dos outros" (COSTA, 1992 Apud BOLSANELLO, 1996. P. 162)

O mito da Democracia racial

Se no período da escravidão e o pós-abolição, com o advento das ideias eugenistas, o racismo se apresentava de forma explicita e direta, a primeira para justificar a exploração gratuita da mão-de-obra de negros/as e a segunda para legitimar a eliminação e exclusão destes/as da nova organização econômica do país. Hoje o que vigora é a forma de racismo velado, não pela magnitude de suas manifestações e sim pela ideologia de invisibilização racial, pregada pela teoria da democracia racial (PEREIRA, 2012).

É no livro "casa grande e senzala" de Gilberto Freyre, publicado em 1933, que é inserido esse novo pensamento sobre as questões raciais no Brasil. Representa a tentativa de mascarar o racismo a partir da ideia de valorização da mestiçagem.

9Para relacionar a pratica criminal e pertencimento racial de não-brancos eram usadas técnicas antropológicas, psicológicas e até mesmo mensurações cranianas. (SCIIWARCZ, 1993)

10 "Nessa mesma época, o Decreto 528, de 28 de junho de1890, abria o Brasil para todas as pessoas válidas e capazes para o trabalho, desde que não estivessem sob processo criminal em seus países de origem, ´com excepção dos africanos e asiáticos´ (Decretos do Governo Provisório, 6º fase., Rio de Janeiro, 1890)." (SCIIWARCZ, 1993, p. 184)

11"O antropólogo Roquete Pinto, como presidente do Congresso Brasileiro de Eugenia, que aconteceu em 1929, previa anos depois e a despeito de sua crítica às posições racistas, um país cada vez mais branco: em 2012 teríamos uma população composta de 80% de brancos e 20% de mestiços; nenhum negro, nenhum índio." (SCHWARCZ, 1998 apud SILVA, 2000, p. 101)

12 Fundada em 1923, no Rio de Janeiro pelo psiquiatra Gustavo Reidel (BOLSANELLO, 1996)

> A miscigenação passa, de motivo de vergonha e erradicação no século XIX e começo do século XX, À categoria de orgulho nacional, nos anos 1930, com Gilberto Freyre. Sua obra, de grande impacto e influencia em nossa cultura, traz a defesa da miscigenação e do sucesso da colonização portuguesa nos trópicos, fazendo surgir o mito da democracia racial, ou seja, a crença na ausência de preconceito e discriminação em nossa sociedade. Aqui conviveriam, harmoniosamente, todos os povos e raças e um exemplo disso seria a capacidade de os brasileiros transformarem em ícones culturais, elementos antes desvalorizados, tais como o samba, a capoeira, o futebol, etc. e a possibilidade de mobilidade social. O que o autor não pode perceber era o fato de o mito da democracia racial servir de mascara para nossa situação de extrema desigualdade, disfarçando-a e também encobrindo uma divisão cultural e econômica. (FILHO, 2005, p. 119)

O fato de o Brasil não ter vivido um regime de Apartheid racial, como nos EUA e África do Sul, fez com que o mito da democracia racial ganhasse mais repercussão nacional e internacionalmente. Criou-se uma propaganda do Brasil como país do paraíso racial, baseando-se no alto grau de miscigenação de seus habitantes. Contudo, o que se tentava mascarar era o privilégio de brancos no acesso à riqueza socialmente produzida e o alijamento dos/as negros/as do acesso à bens e serviços essenciais para sobrevivência e desenvolvimento.

Esse pensamento só foi questionado na década de 70, quando notáveis autores, como Florestan Fernandes, Octavio Ianni e Fernando Henrique Cardoso, ousaram pesquisar a questão racial sob um olhar crítico. Porém, esses estudos críticos e a divulgação de dados que denunciavam a desigualdade racial no Brasil só tiveram mais evidencia após o fim da ditadura militar (FILHO, 2005).

Outro pensamento também promovido pelo mito da democracia racial é a tendência de reduzir a questão racial à questão da pobreza, inferindo que o/a negro/a sofre não por sua raça e sim por ser pobre. O que esse pensamento esconde é justamente o contexto histórico do Brasil, onde a escravização de negros/as por quatro séculos e a falta de inclusão desses na sociedade pós abolição incidiram em resultados prejudiciais responsáveis pelos dados que indicam que as classes mais baixas são formadas majoritariamente por negros/as, enquanto as mais altas, por brancos/as.

Firma-se, a partir da difusão dessa tese, mais um argumento para invisibilizar o racismo, isso porque se a questão é de classe, e é pregado no capitalismo o discurso meritocrático, se o/a negro/a não ascende e sofre então o problema é individual, de desmerecimento, velando o passado escravocrata incidente nesse processo. Esse pensamento retarda mais ainda as discussões sobre raça, pois traz a tona o equivoco da categorização das opressões, desconsiderando

as conexões e retroalimentações que as mesmas mantém entre si. Diante disso é necessário:

> [...] desnaturalizar a coincidência que equivocadamente se apresenta entre desigualdades sociais e raciais, concebendo-se a questão racial como um mero subproduto da desigualdade socioeconômica. Ao se dar visibilidade às desigualdades raciais, pretende-se evidenciar suas dimensões, suas particularidades e oferecer pistas sobre os mecanismos a partir dos quais estas desigualdades se reproduzem e se reconfiguram. (IPEA, 2014, p.13)

Ocorre também, a partir dessa subestimação da opressão racial, a carência de estudos relacionados à raça no Brasil (SILVA, 2000) o que se agrava mais quando se trata de pesquisas/estudos sobre os impactos do racismo na condições de saúde dos/as negros/as[13] (CHOR; LIMA, 2005)

Outras áreas de necessidades humanas, como educação, trabalho, renda e cultura possuem mais avanço nessa discussão do que no campo da saúde. Para ilustrar esse atraso, Chor e Lima (2005) citam que a informação acerca cor/raça só foi incluída no SUS em 1996, e em apenas dois sistemas (Sistema de Informação sobre mortalidade e Sistema de Informação sobre nascimentos) e, apesar de na atualidade esse quesito ter sido inclusivo em todos os sistemas do SUS, ainda ocorre a negligência dessa informação por parte dos/as operadores/as dessa política no cotidiano e planejamento dos serviços. Para essas autoras, até mesmo as doenças de características biológicas[14], que atingem sobremaneira a população negra, devem ser estudadas sob o viés racial, no entendimento do lugar social que esses sujeitos estão colocados, e o impacto desse processo nos organismos dos mesmos.

No que se refere ao campo da saúde mental, a incipiência de estudos envolvendo a pauta racial são ainda mais latentes, apesar de estudos apontar que a maioria das pessoas institucionalizadas nos manicômios eram de cor negra (DAVID, 2018), bem como de estudos empíricos a respeito da composição racial das cracolândias dos grandes centros urbanos. Assim:

> "[...] compreende-se a necessidade de maior produção científica que trate do racismo (...) em relação aos efeitos na saúde mental da população negra, a qual sofre com as mazelas das práticas racistas nos diferentes espaços da sociedade" (SCHOLZ; SILVEIRA; SILVEIRA, 2014, p. 73 apud DAVID, 2018, p. 14).

---

13 é consenso no meio cientifico que não existem diferenças biológicas entre os seres humanos, portanto os estudos que buscam entender as iniqüidades em saúde de determinado grupo/população racial deve fazê-lo analisando aspectos não-biológicos. (FARO; PEREIRA, 2011)

14 Alteração na pressão arterial, prevalecente em pessoas negras, pode ter relação com as condições materiais em que estes vivem, como estresse crônico, consumo de álcool, dieta e sedentarismo (CHOR; LIMA, 2005)

Nessa linha, o autor Krieger (2003, apud FARO; PEREIRA, 2011) elenca 6 dimensões para sinalizar como o racismo atua na vida de pessoas negras e de como isso altera os níveis de saúde desse grupo:

> 1) Acentua a escassez de recursos econômicos e sociais; 2) Causa maior exposição a fatores nocivos e tóxicos, como por exemplo, empregos de menor qualificação e maior risco; 3) É facilitador de conjecturas sociais que provocam danos à saúde; 4) Provê inadequados cuidados e acesso à saúde; 5)Potencializa a ocorrência de experiências agressoras motivadas pela discriminação ou violência; 6) Induzem com maior frequência a auto percepção de saúde de indivíduos expostos ao racismo como deteriorada. Tais padrões de discriminação podem ser situados tanto em aspectos materiais (discriminação institucional ou interpessoal flagrante), como subjetivos, através da internalização do racismo. (IBID, p. 275)

O aspecto subjetivo do ser negro

O racismo como sistema de poder de uma raça sobre a outra, gera também formas de subjetividades adoecidas, que assim como na questão material-social, coloca os/as negros/as em lugares inferiores e vulneráveis nas relações sociais e pessoais (DAVID, 2018). Para Faro e Pereira (2011) o racismo é um forte fator gerador de estresse[15] e sofrimento psíquico. Os autores assinalam que as condições materiais e subjetivas em que a população negra vivencia a expõe a fatores estressores, o que potencializa o sofrimento mental. Resgatam ainda que a falta a acesso à bens e serviços básicos prejudica o desenvolvimento físico e mental dos/as negros/as, o que somado à exposição à situações de racismo contribuem para a baixa estima, depressão e estresse.

> O racismo fornece o contexto necessário para a criação e manutenção de estereótipos, preconceitos e discriminação, visto ser fomentado por um histórico de injustiça e sustentação da desigualdade, estando ligado a estressores persistentes que minam cronicamente a capacidade de adaptação, ajuste social e sensação de bem-estar dos indivíduos (HARRELL, 2000 apud FARO; PEREIRA, 2011 p 275)

A internalização do racismo é um elemento importante para se entender a saúde mental da população negra, isso porque mesmo alguns negros tendo alcançado nível satisfatório de acesso a bens e serviços, não ficam imune ao sofrimento mental (SANTOS,1983). O sentimento de pertencer a um grupo oprimido e marginalizado muitas vezes gera crises de identidade, uma vez que o sujeito negro

---

15 “Harrell (2000) conceituou o estresse como relações entre indivíduos ou grupos e seu ambiente, das quais emergem significações da dinâmica do racismo, que são percebidas como algo que excede ou sobrecarrega os recursos individuais ou coletivos disponíveis para a adaptação, ou que ainda ameaçam a autopercepção de bem-estar psicológico.” (FARO; PEREIRA, 2011 p. 274)

não quer ser negro; pois ser negro é considerado socialmente um ser feio, incapaz e inferior; ao passo que não consegue ser branco.

Tem início, a partir da ideologia do branqueamento, que exalta as características eurocêntricas, um sofrimento no grupo negro por querer parecer/ser o grupo branco. Essa tentativa ultrapassa os níveis estéticos (alisamento de cabelos, uso de maquiagem de tons claros, cirurgias plásticas em nariz e etc.) e alcança níveis culturais e econômicos também (SANTOS, 1983).

É fato que existe um imaginário social extremamente negativo sobre o que é ser negro/a. Isso se manifesta na mídia, na escola, nos brinquedos, na cultura e etc. Nesse movimento, a pessoa com fenótipos negros já se percebe sub-representada desde a infância, o que se estende até a vida adulta.

> [...] vida coletiva, como a vida psíquica dos indivíduos, faz-se de representações, ou seja, das figurações mentais de seus componentes. Os sistemas de representação são construídos historicamente; eles originam-se do relacionamento dos indivíduos e dos grupos sociais e, ao mesmo tempo, regulam esse relacionamento. (GOMES, 2003, p. 76)

A construção da identidade surge do olhar do outro, o sujeito tende a se ver de acordo com a legitimação do olhar dos que o rodeiam (JACQUES D'ADESKY 2001 apud GOMES, 2005). Dessa forma, o olhar da sociedade sob o/a negro/a, carregado de discriminação, rejeição e preconceito, abala de forma significativa a construção indenitária desses sujeitos, e logo, também a sua auto-estima.

> Construir uma identidade negra positiva em uma sociedade que historicamente, ensina aos negros, desde muito cedo, que para ser aceito é preciso negar-se a si mesmo é um desafio enfrentado pelos negros e pelas negras brasileiros (as) (GOMES, 2005, p. 43)

Vale destacar que o período da escravidão, mesmo que 130 anos após sua abolição, ainda tem efeitos não só no aspecto objetivo dos/as negros/as, mas no subjetivo também. O artigo "a cor da dor: reflexões sobre o papel do negro no Brasil" da autora Olga Maria Lima Pereira (2012) discute com profundidade o significado subjetivo do processo de escravidão de uma raça por outra, cita que tal período foi "desprovido de respeito humano" permeado por egoísmo, falta de empatia, e desprezo pela dor do outro.

> A conivência, o egoísmo e a total falta de afetividade presente nas relações entre brancos e negros continuam representando os motivadores de uma sociedade cada vez mais desigual. E essas desigualdades, semelhantes ao período escravocrata, continuam a penalizar o homem pelo simples pigmento de sua cor. (PEREIRA, 2012, p. 4)

Dessa forma, é fundamental abordar as experiências dos/as negros/as com o racismo, como um indutor de adoecimentos mentais e físicos, que necessitam ser melhores pesquisadas a fim de traçar melhores estratégias de intervenções para superação desse quadro. Esse estudo tem a missão de fazer uma contribuição a esse debate.

> As atitudes racistas são incorporadas às estruturas sociais, incluindo instituições políticas, educacionais, de saúde e diferentes equipamentos do Estado, causando acesso e tratamentos desiguais, que, na maioria das vezes, são imperceptíveis ao conjunto da sociedade, mas são, quase sempre, considerados pelos negros como ato persecutório. Estando no centro de uma dinâmica muito complexa, na qual se sentem ora perseguidos ora perseguidores, os negros vivem num estado de tensão emocional permanente, de angústia e de ansiedade, com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento, o que os inquieta e os faz sentir culpa. Essa situação causa diversos transtornos físicos e psíquicos às vítimas, incluindo taquicardia, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não-provocada, depressão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, entre outros. (SILVA, 2004, p. 130)

Discussão dos resultados

Buscamos priorizar algumas variáveis, de modo a construir um perfil, para entender a realidade social de negros/as acompanhados/as pelo serviço CAPSADIII de Palmas, a saber: auto identificação, sexo, estado civil, renda, situação habitacional, participação social, quantidade de cômodos na casa, quantidade de moradores na casa, convivência familiar, beneficio governamental, droga de preferência e religião.

Algumas variáveis ficaram sub-registradas, como o caso da quantidade de cômodos na casa, onde das 86 avaliações, 45 não tinha essa resposta preenchida. Caso igual também na pergunta referente à quantidade de moradores na casa, em que 44,1% das avaliações sociais estavam sem resposta. Não se sabe se a ausência de respostas deve-se a recusa do usuário em responder, ou a do/a profissional em não perguntar.

Em praticamente todas as variáveis percebeu-se uma significativa ausência de respostas, essa situação pode significar um elemento dificulta dor na atenção ao/à usuário/a bem como o desenvolvimento na elaboração e acompanhamento do PTS. A aplicação da avaliação social requer tempo; nem sempre possível devido ao acumulo de funções que os/as profissionais exercem; para estabelecimento de profunda comunicação com o/a usuário/a, a fim de colher as informações necessárias e assim garantir melhor apreensão da realidade social

em que o/a usuário/a está inserido/a. Percebe-se então a necessidade da construção coletiva no serviço de melhor organização do trabalho, no sentido de garantir a atuação de qualidade das/os assistentes sociais, sem com isso comprometer o serviço como um todo.

Primeiro ponto importante a se abordar é a questão da auto identificação racial[16] contida nas avaliações. Dos 86 usuários analisados, 10 se identificaram como negros, 46 como pardos, 27 como brancos, 2 amarelos e 1 indígena. Assim, dos 56 negros, apenas 10 se auto-identificaram como tal.

Apesar do termo pardo ter um sentido sociológico já apontado por vários autores, dentre eles o Edward C. Telles (2012) que comenta em seu livro " o significado da raça na sociedade brasileira", em especial no capítulo acerca da classificação racial, as questões pertinentes para o entendimento da variação da auto identificação do grupo negro. Ressalta que no Brasil esse problema surge devido ao processo de mestiçagem como forma de branqueamento da população para alcance de padrão de desenvolvimento europeu, e até mesmo devido a teoria de democracia racial, que prega que no Brasil vigora uma raça só: a raça brasileira.

> Há uma dificuldade das pessoas se declararem como negras ou pretas por causa dos efeitos da ideologia do branqueamento que, aliada à nossa miscigenação, faz com que os negros, afastem, de diversas formas, as referencias à sua origem africana, dificultando a construção de uma identidade étinco-racial (FILHO, 2005, p. 122)

Dessa forma, diferente dos EUA, os/as negros/as tendem a recorrer várias categorias de cunho popular para se auto identificar. Prevalece a identificação com o termo "moreno", "mulato" e "pardo" em consonância com a ideia de "somos todos mestiços", na tentativa de dizer "somos todos iguais" para mascarar o racismo (PEREIRA, 2012). A escolha da opção "negro", além do aspecto visível de cor ou raça, significa de certa forma orgulho étnico, uma vez que ser negro/a é considerado ser inferior, e tal posicionamento pode objetivar questionar esse preconceito e indicar o ser negro/a como valor positivo, pois "o termo negro no seu sentido moderno é empregado por aqueles que buscam diminuir a ambigüidade e desestigmatizar a negritude."(TELLES, 2012, p. 70)

Para Telles (2012), o sistema de auto identificação significa também a rejeição ou aceitação de símbolos, tradições e estilos de vida associado à determinada raça. No Brasil, isso se traduz no afastamento a categorias não-

16 neste estudo é utilizada a classificação por cor/raça, baseada nas categorias utilizadas pelo IBGE, e também sua categorização em termos mais propriamente raciais: um grupo de negros, composto por aqueles classificados como pretos ou como pardos, e um de brancos.

brancos, sobretudo a de preto, devido a ideologia de branqueamento. O autor argumenta ainda que a confusão na auto identificação racial é maior conforme a região é mais povoada por população não branca, e menos em regiões onde a população é predominantemente branca, como sul e sudeste. Assim “As regiões Norte e Nordeste, em particular, podem apresentar maior ambigüidade em termos de classificação racial por causa de sua relativamente ampla miscigenação ao longo de vários séculos” (TELLES, 2012, p. 81). O Tocantins, como estado cuja população negra é de cerca de 70% (IBGE, 2010) tende a ser expressiva a questão da dificuldade dos sujeitos negros em se auto identificar como tal.

Apesar da confusão racial presente no Brasil no momento da auto identificação, ela não anula a veracidade da discrepância de dados quando se olha a realidade de grupos negros e não-negros. Essa confusão predomina mais no grupo negro, e existe muito pouco no grupo racial branco. E a confusão normalmente se trata de nominação, como ser moreno, pardo, mulato e etc, e não, necessariamente, na categorização racial mais ampla, ser negro ou ser branco. (TELLES, 2012)

Em resumo, a preferência pelo termo “pardo” possui basicamente dois significados: 1- a tentativa dos negros de fugirem a condição de escravos, subaltermos e etc. 2- da ideologia da democracia racial, que coloca que o alto de miscigenação do Brasil propiciou uma “desracialização” do país, eliminando a raça negra e a branca, dando lugar apenas a raça “mestiça”. Nesse contexto o termo pardo aparece como a categoria intermediaria entre branco e negro (WESCHENFELDER; SILVA, 2018). Essa dificuldade, segundo Zamora (2012), atinge também a capacidade dos/as negros/as de lutar contra o racismo, e reivindicar direitos, uma vez que não se veem como negros/as, tão pouco percebem os impactos do racismo em suas vidas.

Em relação à informação sobre sexo, 85,5% respondeu ser do sexo masculino, enquanto feminino, somam 17,4%. Esse dado é visível no cotidiano do serviço, e já foi alvo de pesquisa em outro momento[17]. Isso demonstra que as desigualdades de gênero são evidentes até mesmo no processo de consumo prejudicial de substancias psicoativas. Uma vez que mulheres tendem a abusar mais de medicamentos Benzodiazepínicos (BEZERRA et. al. 2018), enquanto homens, por via da construção da masculinidade tóxica, que incentiva os comportamentos impulsivos, e auto-destrutivos, abusam mais de substancias Psicoativas de fácil acesso (LIMA, 2012).

17 “A mulher e a Saúde Mental: Discutindo a (in) visibilidade do cuidado em CAPS AD III” escrito por Rayane Rodrigues Lira (2016).

Acerca do estado civil, o resultado observado foi: 77,2% dos negros se disseram solteiros, e 54% dos brancos responderam o mesmo. Percebe-se o predomínio dos brancos em relações fixas, como casamento (4,5% negros e 8,3% brancos) e união estável (6,8% negros e 25% brancos).

A questão da afetividade dos/as negros/as sofre muito impacto da ideologia do branqueamento, que dita padrões estéticos eurocêntricos, colocando em posição negativa a estética negra. Isso tende influenciar em certa medida as vivencias afetivas de pessoas negras.

Para além da questão meramente estética, existe a atribuição de valores que permeiam esses vínculos. O casamento e/ou união estável carrega em si os atributos econômicos e culturais produzidos e reproduzidos socialmente até os dias atuais, baseados na monogamia, e por vezes, por interesses econômico-sociais[18]. Os/as negros/as então, sendo reconhecidos como descendentes de ex-escravos/as, muitas vezes ocupando os mais baixos níveis da pirâmide social, propendem a ficar em situações desfavoráveis no quesito gozo do matrimônio.

Esse efeito também foi verificado no público feminino, onde nenhuma branca afirmou ser solteira, enquanto das negras 66% fez essa afirmativa. Essa preterição de pessoas negras, com ênfase nas mulheres negras, foi alvo de pesquisa pelas autoras Oliveira e Santos (2018) no artigo “Solidão tem cor? uma análise sobre a afetividade das mulheres negras”, que ressalta a existência do machismo e racismo como balizador da afetividade das mulheres negras, afirmando que a visão da mulher negra como objeto e ser estritamente erótico-sexual foi iniciado na escravidão e perpetuado até hoje.

> Apesar de parecer que as escolhas afetivas estão circunscritas à vida privada, indubitavelmente, é impossível negar que o regime escravocrata que durou quase 4 séculos (e nele compreende-se anos de torturas, humilhações e violências de toda ordem) não tenha afetado a nossa percepção do que é virtuoso, belo e digno de amor. As dimensões da vida em sociedade estão contaminadas pelas influências econômicas, políticas e culturais das ideologias dominantes. É no interior da cultura que os significados são adquiridos, não vivemos em uma bolha social e somos afetados direta ou indiretamente pelo que é reproduzido nas novelas, nos filmes, no mercado publicitário, no mundo da moda. As nossas visões e concepções de mundo são produzidas socialmente (Ibidem, p. 16).

Os achados dessa pesquisa referente à educação foram a seguinte: 59% dos brancos e 44% dos negros possuem ensino fundamental incompleto. 4,1% dos brancos e 9% dos negros afirmaram ter ensino fundamental completo. 4,1% dos

18Ver mais em “A origem da família, da propriedade privada e do Estado” escrito por Frederich Engels(1984)

brancos e 23% dos negros responderam ter ensino médio incompleto, só completaram esse grau de ensino 29% dos brancos e 23,2% dos negros. Em relação ao ensino superior, nenhum usuário afirmou ter concluído, já incompleto foi 7,4% dos brancos e 7,1% dos negros. Chama atenção para o resultado concernente a alfabetização, onde 4,5% dos negros disseram não saber ler e escrever, enquanto que nenhum branco relatou a mesma condição.

O movimento de diminuição de desigualdade no campo educacional[19] entre negros e brancos é apresentada na publicação *Situação social da população negra por estado: indicadores de situação social da população negra segundo as condições de vida e trabalho no Brasil*[20]*(2014),*realizado pelo Ipea e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), onde consta um certo equilíbrio no que se refere ao ensino fundamental e médio, porém evidencia o maior nível de desigualdade racial nos menores (até um ano) e maiores (mais de 12 anos) anos de escolaridade, ou seja, na faixa de alfabetização e de ensino superior e/ou pós graduação.

Segundo esse estudo, em 2012, 23% da população branca tinha menos de quatro anos de estudo; entre os negros, este percentual atingiu 32,3%. A proporção de pessoas brancas com doze anos ou mais de estudo cresceu de 13,3%, em 2001, para 22,2%, em 2012, enquanto entre os negros aumentou de 3,5% para 9,4%. No Tocantins, a situação não difere: 8,9% dos brancos tinham até um ano de escolaridade, os negros eram 15,6%. No quesito mais de 12 anos de idade a discrepância aparece maior, 22% dos brancos para 11,6% de negros., o estudou divulgou ainda que a taxa de analfabetismo do Tocantins entre os brancos é de 7,9% e de negros 15,1% (IPEA, 2014).

A educação é um importante elemento no desenvolvimento humano, capaz de promover inclusão social e promoção da igualdade. (LOPES, 2005). Nesse sentido, o desenvolvimento das relações sociais de uma pessoa que não sabe ler e nem escrever, tão importante no processo de comunicação com o mundo e pessoas, é altamente comprometido. As taxas altas de analfabetismo entre os negros representam uma das maiores sequelas da escravidão e constitui um crime social. Um dos maiores educadores do mundo, Paulo Freire, já sinalizava o significado social embutido no ato de ler:

19Apesar de algumas melhorias no campo educacional, expressa na maior oferta de ensino público e gratuito, ainda persistem algumas desigualdades no campo educacional no que se refere a taxa de analfabetismo e inserção/conclusão de curso superior.

20O estudo apresenta indicadores construídos a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), nos anos de 2001 e 2012, de acordo com os seguintes eixos: *i)* características das famílias; *ii)* escolaridade; *iii)* trabalho e renda; e *iv)* seguridade social.

> [...] uma compreensão critica do ato de ler, que não se esgota na decodificação pura da palavra escrita ou da linguagem escrita, mas que se antecipa e se alonga na inteligência do mundo. A leitura do mundo precede a leitura das palavras, daí que a posterior leitura desta não possa prescindir da continuidade da leitura daquele. Linguagem e realidade se prendem dinamicamente. (FREIRE, 2017, p. 6)

Na questão de negros e a área educacional, vale citar alguns estudos que evidenciam a existência do racismo mesmo no meio escolar (JESUS, 2018; CARVALHO, 2005; SILVÉRIO, 2002), que por sua vez acaba interferindo negativamente na educação de alunos/as negros/as. Esse processo é evidenciado através do prejuízo no rendimento escolar, bem como a construção negativa da auto estima e senso crítico a respeito das relações raciais, uma vez que existe a incipiência de abordagem de assuntos relacionados aos afro-brasileiros[21] para além do período da escravidão.

O nível de escolaridade de uma pessoa não altera apenas esse âmbito da vida em si, sobretudo quando se trata do potencial de saber, ou não, ler e escrever. Essa capacidade é imprescindível no que se refere à vida em sociedade como um todo, pois:

> Embora a escolaridade não seja a variável com maior poder explicativo no desencadeamento dos processos de adoecimento ela figura como elemento de suma importância ao se tratar do acesso aos serviços, da comunicação com o profissional de saúde – em especial, como médico –, da conseqüente efetividade na prevenção, tratamento e cura de doenças, bem como no que se refere aos processos de ressignificação, por parte da população, das noções de saúde e doença. (LOPES, 2005, p. 1597)

Sobre o quesito renda, foi constatado[22] que 82,1% de negros e 77,7% de brancos não possuíam renda. Nesse escopo, 4,5% de negros e 11% de brancos afirmaram possuir renda entre 1 e 2 salários mínimos. Verifica baixo rendimento nos dois grupos, pois ninguém afirmou ter renda acima de 2 salários mínimos. Vale salientar o predomínio de negros que disseram não ter renda, o que se sintoniza com a pesquisa relativa ao índice de IDH de Palmas - TO, publicado em 2010, onde constou que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Palmas é de nível

---

21 Muito embora, Em 2004, a LDB tenha sido alterada nos seus artigos 26 e 79, por causa da lei nº 10.639, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Essa lei representa uma grande conquista do movimento negro que historicamente pauta a necessidade da abordagem da história dos negros e África sob o viés crítico e positivo.

22 Na maioria das avaliações sociais essa pergunta estava em branco, o que pode ser devido ao profissional não verbalizar a questão, ou o usuário se recusar a responder, ou a hipótese mais provável, o usuário afirmar não ter renda.

considerado alto (entre 0,700 e 0,799). Porém quando observa se esses dados desagregados por cor/raça, percebemos alta discrepância nos números: A renda per capta média dos/as negros/as palmenses é de R$ 854,61, já a dos/as brancos/as é de R$ 1.560,82.

Moradia é um direito humano fundamental, previsto no artigo 6° da constituição de 1988 e tem grande importância no desenvolvimento biopsicossocial do ser humano. Santos (2013) acrescenta que esse direito é tão importante, e está interligado com os demais direitos sociais, uma vez que o ser humano precisa de uma moradia para conseguir educar-se, ter saúde, conseguir realizar atividades empregatícias e etc.

> "[...] a prestação do direito à moradia proporciona ao ser humano o desfrute de uma vida de pleno respeito e desenvolvimento, ao passo que está intrinsecamente relacionado com os demais direitos fundamentais e principalmente com o principio da dignidade da pessoa humana. (SANTOS, 2013, p. 1)

Pela magnitude desse direito, é essencial a intervenção do poder público, quando esse direito não está sendo alcançado, no sentido viabilizá-lo. A população negra muitas vezes se apresenta nesse contexto de situação de direito a moradia violado, e essa violação tem raízes históricas, que surgem desde o período pós escravidão, onde a massa de negros saíram da zona rural para exercerem seu papel de pessoas "livres" nos grandes centros urbanos, em tempos de industrialização, mas que se viram condicionados a morar nas ruas ou em favelas e/ou áreas desregulares sem saneamento básico e segurança (BRITO,2013).

Sinalizado a importância da moradia como direito social, e também indicador de saúde mental, apresentamos os seguintes dados coletados da presente pesquisa: apenas 26,7% dos negros e 14,8% dos brancos afirmaram possuir casa própria, a maioria indicaram morar em casa cedida e alugada, e quem alcançou esse direito por iniciativa do poder público, via programa habitacional, foi apenas 4,1% de brancos e 2,2% de negros.

A participação social e o controle social constituem arena fértil para atuação do Serviço Social, uma vez que faz parte do fazer profissional contribuir para que os/as usuários/as tenham possibilidade de incidir sobre as decisões tomadas em relação ao serviço/política pública (CFESS, 2010). Essa atuação é expresso na coordenação do/a assistente social na assembleia dos/as usuários/as, mas que não se restringe apenas à isso, devendo essa intervenção ser aprimorada, e até mesmo alargada para outros espaços, dentro e fora do serviço.

Os resultados relacionados à baixa participação social dos/as usuários/as reflete o movimento geral da sociedade brasileira. Para Ciconello (2008) existem razões históricas que explicam esse fenômeno. Comenta que a história do Brasil é marcada por momentos ditatoriais, por relações servis e paternalistas, o que gerou na sociedade uma certa passividade perante aos direitos sociais, uma vez que na maior parte da historia do país, vigorou a prática da caridade e do favor, a cidadania só pode ser exercida através da participação social, e essa só foi incentivada e institucionalizada através da constituição federal de 1988.

O presente estudo revelou que 94,6% dos negros e 96,2% dos brancos não exercem participação social, seja em Conselhos de direito, ONG, associações, partido político, movimento estudantil, movimento social no geral. Esse aspecto necessita ser melhor abordado no cotidiano do serviço, uma vez que a participação social possui um potencial terapêutico importante já abordado em outros estudos[23].

Para além da importância singular na saúde mental de determinado usuário, a participação social é um mecanismo importante de aprofundamento da democracia e do alargamento de direitos sociais, sobretudo em períodos de retrocessos, verificado inclusive na Política de Saúde Mental. É necessária, para a vida social e individual, a capacidade dos sujeitos em se verem como sujeitos coletivos, capazes de provocar mudanças e conquistas sociais.

Coelho (2012) estuda mais profundamente a participação social no SUS e argumenta que existem os mecanismos institucionais para a participação social na saúde, como as conferências, os conselhos de saúde (federal, estadual, municipal e local), as ouvidorias e até mesmo a judicialização da saúde, são formas dos usuários contribuírem para o monitoramento e a alocação prioritária de recursos para materialização do direito a saúde.

Cabe destacar, segundo Coelho (2012), a importância do processo de comunicação e diálogo entre os usuários, de forma a criar um “politização de demandas”, incentivando a organização da sociedade civil e sua participação nas decisões públicas. É necessário também, garantir maior publicização aos usuários de informações e documentos produzidos pelo o SUS, instrumentalizando-os para o participação social, em especifico a defesa do SUS. Faz parte do fazer profissional, em específico do Serviço Social, o trabalho pedagógico-político com os usuários, no sentido desses entenderem a importância da luta pela defesa/ampliação de seus

23Ver mais em “Potencial terapêutico da participação em movimentos sociais: um estudo a partir de militantes do MST” de Leandro Amorim Rosa (2017)

direitos, desconstruindo essa postura apolítica, ao passo também de contribuir com a saúde mental desses usuários a partir do engajamento coletivo.

A variável relacionada à quantidade de cômodo da casa teve significante nível de ausência de resposta. A maioria dos brancos responderam ter entre 4 e 6 cômodos na casa, 37%, no grupo negro essa resposta também foi a mais citada, resultando em 23,2%. 0% dos brancos[24] e 3,5% dos negros[25] afirmaram ter entre sete e nove cômodos. Essa pergunta serve para avaliar o nível de qualidade de vida a partir da qualidade de habitação. Para avaliar esse quesito trouxemos os parâmetros utilizados pelo IBGE (2011 apud IPEA, 2014), que:

> "[...] considera que boas condições de moradia dependem de um conjunto de fatores combinados, a saber: construção de alvenaria ou madeira tratada, com telhas ou lajes; acesso a água potável com canalização, coleta de esgoto e lixo; **máximo de duas pessoas por dormitório com banheiro no domicílio**; e acesso à telefonia e eletricidade." (Ibidem, p. 17. Grifo nosso)

Essa avaliação, portanto só faz sentido quando analisado também a quantidade de moradores na casa. Nesse quesito, a resposta mais citada no grupo negro[26] foi a de 4 a 6 moradores na casa, 30,5%. No grupo branco[27], a mais citada foi a de 1 a 3 moradores na residência, 37,3 %.

Furtado et. al (2010) infere que um dos elementos para garantir a desinstitucionalização dos/as usuários/as de saúde mental, no sentido de materialização da reforma psiquiátrica, é a questão da moradia, esta tem que ser provida satisfatoriamente, tanto dos aspectos materiais e subjetivos, para que o sujeito tenha êxito no seu habitar. Portanto, para melhor acompanhamento dos usuários do serviço visando a reinserção social coloca-se a:

> [...] necessidade de se avaliar como os portadores de sofrimento mental grave [...] constituem suas habitações (habitus) e inserção social a partir dos elementos estruturais da moradia (abrigo, privacidade, segurança e conforto) e de suporte (rede social e de serviços). (FURTADO et al, 2010, p. 391)

Entendendo que o aspecto da rede social é importante para avaliar questões a respeito de moradia, trazemos agora a variável que interroga o usuário a respeito da convivência familiar. A maioria avaliou essa relação como boa, 55,5% de brancos e 53,5% de negros. 25,9% de brancos e 26,7% de negros avaliaram como

24 40,7% não respondeu
25 58,9% não respondeu
26 42,8% não respondeu
27 44,4% não respondeu

regular. Disseram ter uma convivência ruim com familiares, 18,5% de brancos e 12,5 % de negros. E só avaliou como péssimo essa relação 1,7% de negros e 0% de brancos.

Cabe problematizar a qualidade dessas respostas, uma vez que é notório a grande incidência de conflitos familiares presente nos relatos dos/as usuários/as atendidos pelo o serviço. Pode ocorrer, portanto, que por ser um assunto tão complexo e íntimo, os/as usuários/as prefiram responder de forma artificial essa questão. Surge também, a necessidade de elencar parâmetros, a serem verbalizadas aos usuários, do que considerar relação familiar boa, regular, ruim ou péssima.

A respeito do gozo ou não de algum benefício governamental a maioria disse não acessar, sendo 89,2% de negros e 85,1% de brancos. Ampliando a questão, vale refletir que apesar de muitos usuários dos serviços terem critério para acessar alguns programas governamentais, e também de serem cobertos pelo INSS, existe a realidade desse desamparo assistencial.

No que se trata de programas geridos pela política de assistência social, pode existir tanto a desinformação acerca desses direitos, ou a dificuldade dos usuários em acessar outros serviços que não seja o da saúde mental. Em ambos os casos, sinaliza mais uma vez a importância da atuação do assistente social nesse serviço, no aspecto de orientação e também da articulação inter-setorial para garantia de direitos.

Contudo, não podemos deixar de mencionar a questão mais ampla envolvendo a falta de cobertura da assistência e previdência social a população que cumpre critério de acesso a serviços, programas e aposentadoria. Existe um sub financiamento da política de assistência social[28] e da previdência[29], que se sintoniza com os valores macro que norteia a sociedade e os donos do poder: o da meritocracia. Esse ideal da meritocracia, que prega que cada sujeito é culpado pela sua situação de pobreza e/ou insegurança social (e de uso abusivo de álcool e outras drogas), legitima o baixo financiamento dessa política tão importante para a superação da pobreza e para alcance de níveis menores de desigualdade social.

Considerando os parâmetros da OMS que define a diferença entra uso, uso abusivo e dependência de drogas, trazemos os dados daqueles que elencaram a substância que entendiam ser mais prejudicial para si. Observa-se a prevalência

---

28O que tende a se agravar após a aprovação da PEC 241 que restringe os gastos públicos em políticas sociais

29Direito também ameaçado com a proposta de reforma previdência em discussão na câmara legislativa federal desde 2017

da bebida alcoólica como a droga de preferência maior no grupo dos negros, com 51,7%, e para brancos, 40,7%. Em segundo lugar, foi citado Múltiplas drogas, 32,1% dos negros e 44,4% de brancos. E em terceiro lugar ficou o crack como substancia de preferência, 10,7% do negros e 14,8% dos brancos. Abaixo de 5% pra ambos os grupos ficou maconha e tabaco.

Esse dado dialoga com a pesquisa estadual realizada pela UNITINS (Universidade do Tocantins) publicado no ano de 2017, visava identificar e mapear o perfil sócio-econômico dos/as usuários/as de drogas e as políticas públicas de atenção nas microrregiões no Estado do Tocantins, onde foi constatado a prevalência do uso de álcool entre os entrevistados

> [...] resultado de outra questão desta pesquisa, que aponta que 76% dos pesquisados afirmaram que em seus domicílios fazem uso do álcool, dessa forma, entende-se que nessa pergunta os entrevistados fizeram relação com as drogas ilícitas. Sobre problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas em seus domicílios, 78% dos pesquisados disseram que não tiveram problemas, 22% disseram que tiveram problemas e apontaram: conflitos familiares, separações, adoecimento e perda de vínculos. (CSAPSKI, 2017, p. 96)

De acordo com Filho (2005) essa relação entre negros e uso abusivo de álcool é histórica e carrega as marcas das sequelas da falsa abolição da escravidão. Inclusive, esse fenômeno que impulsionou a criação da Liga Brasileira de Saúde mental, que significava uma aliança entre saúde mental e racismo/eugenismo

> A abolição trouxe conseqüências sociais para o Brasil. O incremento do processo de urbanização aumentou os problemas das grandes cidades, trazendo para estas uma massa de indivíduos, que encontrando poucas alternativas que lhes garantissem uma melhor qualidade de vida, avolumaram-se nas ruas e nas periferias, criaram favelas. A vadiagem, o alcoolismo e a sífilis tornaram-se questões de segurança e saúde pública, e os negros estavam no centro dessa questão.
> Um processo de medicalização da sociedade foi implantado, com a medicina voltando –se para o meio social, visando a domesticação dos corpos. A psiquiatria é convocada a dar sua contribuição, uma vez que, tanto o alcoolismo quanto a sífilis traziam graves conseqüências psíquicas e distúrbios sociais. Por iniciativa de um grupo de intelectuais, é criada a liga brasileira de higiene mental, com o propósito de melhorar a assistência aos doentes mentais, incentivando a prevenção e a educação dos indivíduos.
> Essa proposta da liga estava baseada na noção de eugenia, importada da Europa impregnada de uma ideologia racista e discriminatória. Para eugenistas, o branco (europeu) era melhor exemplar da espécie humana, o que chocava com a composição racial brasileira. (FILHO, 2005, p. 118)

O último dado colhido foi relativo à variável sobre religião. Predominou a religião protestante entre as repostas de ambos os grupos raciais, 42,8% de negros

e 44,4% de brancos. Em segundo lugar, para o grupo negro, ficou a religião católica, com 30,3%. Para o grupo branco, 37,3% os que afirmaram não ter religião.

Um estudo sobre a crescente difusão das religiões protestantes na Amazônia legal foi publicado por Senhora et al (2016). Segundo esses autores, esse crescimento se justifica pela maior integração entre as regiões brasileira após o período desenvolvimentista no Brasil, e se consolidou pela capacidade de inovar em seus ritus e métodos. Um desses ritus, que os autores chamam de "reuniões de cura divina" é um grande fator de atração pra quem se entende em um processo de adoecimento (que muitas vezes pode ser concebido como de ordem espiritual). Assim, pessoas em situação de uso abusivo de drogas tende a direcionar esperanças de "cura" a partir da adesão a essa religiosidade.

Já para Mariano (2008) a expansão do pentecostalismo no Brasil tem forte relação com a questão dos índices de pobreza, desigualdade social e desemprego. Fato constatado pelo o fato da maioria dos fieis dessas denominações[30] pertencerem a base da pirâmide social, e a visível instalação da maioria das igrejas em bairros e territórios de extensa pobreza.

> Tal contexto socioeconômico, porém, não é o responsável por seu sucesso. A vulnerabilidade e o desespero de grandes contingentes populacionais, em especial das mulheres pobres e mais ainda das negras pobres, vítimas de discriminações de gênero e raça, sem dúvida facilitam seu trabalho e ampliam sua probabilidade de êxito. Mas seu sucesso pros elitista não depende da existência de tais problemas em si mesmos, e, sim, justamente de sua elevada capacidade de explorá-los, oferecendo recursos simbólicos e comunitários para seus fiéis e potenciais adeptos lidarem com eles. (MARIANO, 2008, p 71)

Importa apontar que não constou nenhuma resposta relativa ao pertencimento à religiões de matriz africana na presente pesquisa, isso mostra que o predomínio de religiões cristãs entre os negros reflete mais uma manifestação da colonização e do eurocentrismo presentes no Brasil, que se deu no período da escravidão e até hoje está em vigência. Conforme cresce o predomínio de religiões cristãs, cresce também a demonização de religiões de matriz afro. A intolerância religiosa é uma realidade no Brasil e carrega em suas manifestações valores racistas. A repressão à religiosidade dos povos africanos acontecia de maneira direta no período da escravidão, e hoje se dá de forma ideológica e sutil, a partir de

30 "[...] observa-se que, com base nos dados do Censo Demográfico de 2000, cinco igrejas concentram nada menos que 85% dos pentecostais do país: Assembleia de Deus (8.418.154 adeptos), Congregação Cristã no Brasil (2.489.079), Igreja Universal do Reino de Deus (2.101.884), Igreja do Evangelho Quadrangular (1.318.812) e Igreja Pentecostal Deus é Amor (774.827). Em 2000, a Assembleia de Deus sozinha, já quase centenária e dividida em várias denominações, concentrava quase a metade dos pentecostais brasileiros (47,5%)." (MARIANO, 2008, p.70)

ditados populares e até mesmo por agressões diretas à terreiros de culto de religiões de matrizes africanas[31].

Considerações finais

Os resultados ora alcançados objetivaram sensibilizar a sociedade em geral, em específico profissionais e gestores do SUS, a respeito da existência do racismo como fenômeno presente nas relações sociais, e elemento importante na análise do processo de saúde-doença dos negros. Não se busca criar uma supremacia do racismo em relação às condições socioeconômicas, e sim, dar luz a um assunto tão ausente (não por acaso), negligenciado e invisibilizado, mas que é tão importante para a análise do contexto biopsicossocial dos usuários, de forma a qualificar o cuidado e a elaboração do PTS.

Não se faz por acaso o fato de que a maioria dos/as usuários/as que transitam pelo serviço serem não-brancos. Essa demanda além de visualizada, como aponta David (2018), deve ser legitimada, o que significa dizer que é necessário olha-las para além da cor, e compreender as dinâmicas históricas e sociológicas inseridas em ser negro, o que somado a inserção no contexto de uso abusivo de drogas deve duplicar a lente sócio-histórica de quem os vê. Esse dado, além de comprovar as pesquisas que indicam que a maioria da população usuária do SUS é de origem afro (fenotipicamente), nos mostra também que o adoecimento, mental e físico, pode significar questões estruturais em que esses sujeitos estão submetidos que os tornam mais vulneráveis a certos agravantes.

Em cumprimento a Política Nacional de saúde Integral da População Negra é necessário que os serviços adequem suas rotinas de forma a inibir o racismo institucional, bem como garantir a coleta da informação acerca de for/raça em todos os instrumentos do serviço, como ficha de acolhimento, PTS e etc. Cabe sinalizar, que esse quesito só foi inserido no instrumento de avaliação social no ano de 2018 e por iniciativas de assistentes sociais do serviço, e foi de fundamental importância para a viabilização dessa pesquisa.

As mudanças que precisam ser tomadas para reverter essa realidade nos coloca um desafio tanto no nível local quanto nacional-internacional. A ameaça ao SUS, com o sub financiamento e até mesmo privatização, é também uma ameaça à saúde mental da população negra, uma vez que a saúde sendo mercantilizada, os

31 Vale lembrar que em palmas, no ano de 2016, pessoas e lideres e religiões de matrizes africanas foram participar do primeiro encontro de casas de religiões de matrizes africanas de Palmas (TO) e foram constrangidos e impedidos por pessoas de religião evangélica presentes no espaço. Outra manifestação de intolerância religiosa, cometida pelo próprio poder público, é a ausência de atividades de religiões de matriz afro no evento anual “carnaval da fé”.

níveis sócio econômicos dos grupos raciais já apontam quem será capaz de consumir ou não esse produto-serviço.

O desafio de se pensar a lógica de cuidado e oferta de atividades no serviço é um processo que a principio necessita da sensibilização de gestores e profissionais quanto ao entendimento da existência do racismo, e no potencial danoso que ele cauda a saúde de corpos e mentes negros. Esse trabalho, contudo, mostra-se uma pequena contribuição para que essa sensibilização ocorra e que gere impactos no olhar e fazer profissional, e logo, no acompanhamento aos usuários negros.

Discutir racismo é também uma aproximação com os pilares de inspiração a criação do SUS, que foi pensado justamente para sanar as desigualdades no acesso à saúde. Portanto, é essencial o entendimento de que essas desigualdades não estão inseridas apenas nos aspectos geográficos, de gênero, de geração, de classe, mas também do pertencimento racial. Prova disso é a criação e planejamento da política Nacional de Atenção a Saúde da População Negra, e indicam ações para contribuição da eliminação dessas iniquidades.

Referências

ADORNO, Sérgio**. Racismo, criminalidade violenta e justiça penal**: Réus brancos e negros em perspectiva comparativa. Revista Estudos Históricos. V.9. n.18. Rio de Jneiro, 1996. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2034> Acesso em: 13/12/18

_____. **A criminalidade negra no banco dos réus** : desigualdade no acesso à justiça penal. São Paulo: Geledes, 2010. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/criminalidade-negra-banco-dos-reus-desigualdade-acesso-justica-penal/> Acesso em: 29/12/18

AMARANTE. Paulo. NUNES, Monica de Oliveira. A Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Rev Ciênc. saúde** colet. 23 (6) Jun 2018. Disponível em: < https://scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/ > Acesso em: 30/12/18

ANDRADE, Monica Viegas. RESENDE, João Paulo de. Crime Social, Castigo Social: Desigualdade de Renda e Taxas de Criminalidade nos Grandes Municípios Brasileiros**. Estud. Econ.** vol.41 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612011000100007> acesso em 10/12/18

ASSEMBLÉIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris:1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf> Acesso em: 23/12/2018

BEZERRA**,** Daniel Sarmento. BONZI, André Ricardo Bezerra. SILVA, Girliane Regina da. LIMA, Ana Karla Bezerra da Silva. Mulheres e o uso de Benzodiazepínicos: uma revisão integrativa. **Revista Temas em Saúde.** V.18. n. 2. João Pessoa, 2018.

BOLSANELLO, Maria Augusta. **Darwinismo social, eugenismo e racismo "científico":** sua repercussão na sociedade e educação brasileira. Educar em Revista. Curitiba, n.12. p. 153-165, 1996. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40601996000100014&script=sci_abstract> Acesso em 10/11/18

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Portaria nº 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 (SUS).**

_____.**Lei n° 10.639, de 9 de Janeiro de 2013.** Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.639.htm> Acesso em: 10/10/18

BRITO, Ângela Ernestina. "**O ONTEM ETERNO"? Moradia e Desigualdade Sócio-Racial no Brasil**, Desafio para o Serviço Social. In Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Belo Horizonte: 2013.

CARVALHO, Marília. **Quem é negro, quem é branco**: desempenho escolar e classificação racial de alunos. Revista Brasileira de Educação. N° 28, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n28/a07n28.pdf> Acesso em: 10/12/18

CAVALCANTI. Maria Laura Viveiros de Castro. **Preconceito de Marca**: Etnografia e relações raciais. Tempo Social; Revista Sociologia. USP, São Paulo, 11 (1) p. 97-110, maio de 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20701999000100005&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 14/12/18

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Série assistentes sociais no combate ao preconceito- racismo**. Brasília, DF, 2016. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno03-Racismo-Site.pdf> Acesso em 10/11/18

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf acesso em 10/11/18

CHOR, Dóra. LIMA, Claudia Risso de Araujo. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Pág.1586-1594, Rio de Janeiro, 2005.

CICONELLO, Alexandre. **A Participação Social como Processo de consolidação da democracia no Brasil**. In From Poverty to Power. Oxfam International, 2008.

COELHO, Juliana Sousa. **Construindo a Participação Social no SUS**: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Revista Saúde Sociedade. São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902012000500012&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10/11/18

COHN, Amélia. NUNES, Edison. JACOBI, Pedro R. KARSCH, Usula S**. A saúde como direito e como serviço**. 2° Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CZAPSKI, Alessandra Ruita Santos. **I Levantamento domiciliar e institucional sobre o uso de álcool e outras drogas no Estado Do Tocantins**. Palmas. TO: Unitins. 2017. Disponível em: < https://central3.to.gov.br/arquivo/380462/> Acesso em: 11/11/18

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde Mental e Racismo**: A atuação de um Centro Psicossocial em um CAPS II Infantojuvenil. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/21029/2/Emiliano%20de%20Camargo%20David.pdf> Acesso em: 23/11/18

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. In: MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. Obras escolhidas, Volume 3. São Paulo: Alfa-Omega, /d, p. 7-143.

ESTRADA, Osório Duque. **A Abolição**. Senado Federal: Brasília, 2005.

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanoel**. Raça, racismo e saúde:** a desigualdade social da distribuição do estresse. Rev. Estudos de Psicologia, vol. 16, nº 3**,** pp. 271-

278. Natal RN, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300009> Acesso em: 20/08/2017

FILHO, José Tiago dos Reis. **Negritude e sofrimento psíquico**: uma leitura psicanalítica. 2005. 142 f. Tese (Programas de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

FREIRE, Paulo .**A importância do ato de ler** [livro eletrônico]: em três artigos que se completam. 1° Ed. São Paulo: Cortez, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=u3MzDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=importancia+da+alfabetiza%C3%A7%C3%A3o&ots=Hutgx45KVy&sig=0bE5H65SRro2p12dPsLSWvc3oo0#v=onepage&q&f=false> Acesso em: 09/01/19.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande & Senzala**. Editora Record, Rio de Janeiro, 1998, cap. IV, 34.ª edição, pág. 372

FURTADO, Juarez Pereira. NAKAMURA, Eunice. GENEROSO, Cláudia Maria. GUERRA, Andréa Máris. CAMPOS, Florianita Braga. TUGNY, Augustin de. **Inserção social e habitação**: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. Interface (Botucatu) vol.14, n.33, Apr./June Botucatu, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 20/12/18

GOMES, Nilma Lino. **Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil**: uma breve discussão. In: BRASIL. Educação Anti-racista: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03. Brasília, MEC, Secretaria de educação continuada e alfabetização e diversidade, 2005. P. 39 - 62.

_____. **Cultura negra e educação.** Revista Brasileira de Educação. Rio de Janeiro Maio/Jun/Jul/Ago Nº 23, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n23/n23a05.pdf> Acesso em 30/12/18

INFOPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização - Junho de 2016.** Ministério da Justiça e Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional**:** Brasília – DF**,** 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Atlas do Desenvolvimento Humano nos Munícipios**. 2010.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. SEPPIR, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Situação social da população negra por

estado. Brasília : IPEA, 2014. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-pesquisas/situacao-social-da-populacao-negra-por-estado-seppir-e-ipea> Acesso em: 23/12/18

JACCOUD, Luciana. **Racismo e República**: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In. THEODORO, Mário. (ORG) As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008.

JESUS, Rodrigo Ednilson de. Mecanismos Eficientes na Produção do Fracasso Escolar de Jovens Negros: estereótipos, silenciamento e invisibilização. **Educação em Revista.** Belo Horizonte. n.34, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010246982018000100102&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 30/12/18

LIMA, Eloísa Helena de. **Gênero, Masculinidades, Juventudes e Uso de Drogas: Contribuições Teóricas para a Elaboração de Estratégias em Educação em Saúde.** *Pesquisas e Práticas Psicossociais 7*(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/520/484> Acesso em 21/11/18

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1595-1601, set-out, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2005000500034&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 22/11/18

MARIANO, Ricardo**. Crescimento Pentecostal no Brasil**: fatores internos. Revista de Estudos da Religião. Ano 8. p. 68-95. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.pucsp.br/rever/rv4_2008/t_mariano.htm> Acesso em 13/12/18

MOURA, Clóvis. **A história do Negro Brasileiro**. Ed. Ática S. A. São Paulo, 1992

NASCIMENTO, Abadias do. O **genocídio do Negro Brasileiro**: processo de um racismo mascarado. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro: 1978.

OLIVEIRA, Ilzver de Mato. SANTOS, Nayara Cristina Santana. Solidão tem cor? Uma análise sobre a afetividade das mulheres negras. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais.** v.7. n.2. p. 9-20. Out. Aracaju, 2018. Disponível em**: <**https://periodicos.set.edu.br/index.php/humanas/article/view/4463/3070**>** **A**cesso em 20/12/18

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014,

p.15-35.

PALMAS. Lei Municipal n° 1.780 , de 23 de maio de 2011. **Institui Passe Livre no Transporte Coletivo Urbano de Palmas, para as pessoas portadoras de deficiências físicas e mentais, de baixa renda, em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Palmas.**

PEREIRA, Olga Maria Lima. A **Dor da Cor:** reflexões sobre o papel do negro no Brasil. Cadernos Imbondeiro. João Pessoa, v.2, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ci/article/view/14101> Acesso em 21/11/18

PINTO, Ana Estela de Sousa. Preconceito reduz lazer de mulheres e negros, diz embaixadora de Gana. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 30.ago.2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/08/preconceito-reduz-lazer-de-mulheres-e-negros-diz-embaixadora-de-gana.shtml> Acesso em 27/11/18

SANTOS, Sonia Beatriz dos. **Famílias Negras, Desigualdades, saúde e Saneamento Básico no Brasil**. Rev. Tempus Actas Saúde. V.7, n.2. 2013. Disponível em : <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/100> Acesso em: 14/09/2017

SCHWARCZ, Lilia Moritz. O **Espetáculo das Raças** – cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SENHORAS, Eloi Martins. SANTOS, Alexandre Felipe Pinho dos. CRUZ, Ariane Raquel Almeida de Souza. Expansão do Protestantismo no Brasil e suas configurações na Amazônia Legal. **Revista Ciências Sociais e Religião,** Porto Alegre, ano 18, n. 25, p. 136-149, dezembro de 2016. Disponível em https://seer.ufrgs.br/CienciasSociaiseReligiao/article/view/62809 acesso em 02/12/18

SEPPIR, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional da Saúde Integral da População Negra**. Brasília – DF, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf> Acesso em: 15/09/2017

SILVA, *Dilma Ferreira.* SANTANA*, Paulo Roberto de.* Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática Rev **Tempus - Actas de Saúde Coletiva** .Brasília.v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214/0> Acesso em: 6/12/18

SILVA, Maria Lúcia da. **Racismo e os efeitos na saúde mental**. in BATISTA, Luís Eduardo e KALCKMANN, Suzana (Org.) Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

SILVA, Maria Nilza da. O negro no Brasil: um problema de raça ou de classe?. **Revista mediações**. Londrina. n° 5. v.2. p. 99-124, 2000.

SILVÉRIO. Valter Roberto. TRINIDAD, Cristina Teodoro. Há Algo Novo a se Dizer Sobre as Relações Raciais no Brasil Contemporâneo? **Revista Educação & Sociedade.** Campinas, v. 33, n. 120, p. 891-914, jul.-set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v33n120/13.pdf> Acesso em 22/12/18

_____. Ação Afirmativa e o Combate ao Racismo Institucional no Brasil. **Cadernos de Pesquisa.** São Paulo, n. 117, p. 219-246. novembro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15560> Acesso em: 22/11/118

SOUZA, Neuza santos. **Tornar-se negro**: as vicissitudes da identidade do negro em ascensão social. Rio de Janeiro, Graal: 1983.

TELLES, Edward E. **O Significado da Raça na Sociedade Brasileira.** Tradução de: Ana Arruda Callado. Versão divulgada na internet em Agosto de 2012. Disponível em: <https://professorsauloalmeida.files.wordpress.com/2014/07/livro-o-significado-da-raca-na-sociedade-brasileira2.pdf> Acesso em: 13/11/18

VALENTE, Ana Lúcia. Ação afirmativa, relações raciais e educação básica. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro. Jan /Fev /Mar /Abr No28, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n28/a06n28.pdf> Acesso em: 25/11/18

WESCHENFELDER, Viviane Inês. SILVA, Mozart Linhares da. A cor da mestiçagem: o pardo e a produção de subjetividades negras no Brasil contemporâneo. **Análise Social**, LIII 2.º, n.º 227, p. 308-330, Lisboa, 2018. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/n227a03.pdf> Acesso em: 09/11/18

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. **Fractal revista de Psicologia.** v. 24 – n. 3, p. 563-578, Set./Dez. 2012. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4915> Acesso em: 29/12/18

CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E OS SERVIÇOS DA REDE INTERSETORIAL DE PALMAS - TO

CHARACTERIZATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE STREET POPULATION AND THE SERVICES OF THE INTERSECTORIAL NETWORK OF PALMAS - TO

Elaine de Souza Sena Meireles

Jonatha Rospide Nunes

Fernanda Vieira Santos

RESUMO:

Este artigo tem como objetivo analisar o acesso aos serviços da rede intersetorial do município de Palmas - TO na perspectiva da população em situação de rua atendida pela equipe do Consultório na Rua. Trata-se de estudo descritivo em amostra aleatória com pessoas adultas moradoras de rua atendidas pela equipe deste serviço. Os dados foram coletados através de questionário em entrevista semi-estruturada construído pelos pesquisadores, onde o perfil do público entrevistado é homem com idade superior a 31 anos, oriundo de outros Estados, de cor parda, que cursou até o ensino fundamental incompleto, vive em situação de rua há mais de 5 anos e exerce uma ocupação. Observou-se que muitos serviços não são acessados pelos entrevistados, o que demonstra a necessidade da criação de estratégias para promover o acesso desta população às políticas públicas intersetoriais.
Palavras-chave: Pessoa em situação de rua; vulnerabilidade psicossocial; saúde mental; vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT:

This article aims to analyze access to services in the intersectoral network of the municipality of Palmas - TO from the perspective of the homeless population served by the Consultório na Rua team. This is a descriptive study in a random sample with adult homeless people attended by the staff of this service. The data were collected through a questionnaire in a semi-structured interview built by the researchers, where the profile of the interviewed public is a man over the age of 31 years old, from other states, brown in color, who attended to incomplete elementary school, lives in homeless for more than 5 years and has an occupation. It was observed that many services are not accessed by the interviewees, which demonstrates the need to create strategies to promote the access of this population to intersectoral public policies.
Keywords: Homeless people; psychosocial vulnerability; mental health; health vulnerability.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi criado com o objetivo de ofertar o cuidado integral a toda população, independente de qualquer fator que possa dificultar este acesso. Entretanto, pessoas em situação de vulnerabilidade são mais dependentes das

políticas públicas de saúde e outras políticas intersetoriais. O conceito de vulnerabilidade está relacionado não somente a precariedade no acesso à renda, mas também à fragilidade de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços, associando-se a contextos individuais e coletivos (CARMO; GUIZARDI, 2018). A vulnerabilidade social gerada pela desigualdade leva à suscetibilidade de agravos à saúde, sendo assim o conceito de equidade deve estar presente na discussão do atendimento a grupos vulneráveis, pois incluir o conceito de equidade implica em reconhecer as diferenças entre os indivíduos e afirmar que os mais vulneráveis devem ser tratados de forma diferenciada para reduzir as desigualdades já existentes (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016). A população em situação de rua se encontra em situação de extrema vulnerabilidade social, dependente, portanto de estratégias específicas de atendimento nos serviços disponíveis na rede pública de modo a garantir a equidade no acesso.

O aumento da população em situação de rua pode ser explicado por diversos fatores, dentre eles a desigualdade social, empobrecimento populacional e recessão econômica. Porém, os motivos que levam pessoas a viverem na rua são diversos: problemas relacionados ao uso de álcool e/ou drogas, desemprego e desavenças com familiares são alguns dos motivos que podem levar o indivíduo a viver na rua (PAIVA et al., 2016).

As políticas públicas existentes voltadas especificamente para este público foram criadas recentemente no Brasil, o que demonstra que o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido por grande parte da sociedade (BRASIL, 2014). Em 2009, foi lançada a Política Nacional para a População em Situação de Rua através do Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 e de acordo com essa política, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, a fragilidade dos vínculos familiares que podem estar interrompidos e a falta de moradia convencional regular. Essa população utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento de forma temporária ou permanente, assim como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia transitória (BRASIL, 2009a).

Atualmente não existem dados oficiais sobre a população em situação de rua no país devido à dificuldade em realizar o censo com pessoas que não possuem residência fixa. O primeiro Censo Nacional foi realizado no período de agosto de

2007 a março de 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome junto ao Instituto Meta com o objetivo de contagem e caracterização dessa população. O levantamento abrangeu 71 municípios brasileiros e identificou 31.922 adultos em situação de rua nesses municípios (BRASIL, 2008). Nesta pesquisa foram excluídos os municípios de São Paulo, Recife, Belo Horizonte e Porto Alegre por estes contarem com pesquisas semelhantes recentemente concluídas ou em andamento. Pode-se notar que esta pesquisa oferece dados que não refletem o contingente de todos os municípios brasileiros, desta forma, o número real de pessoas em situação de rua em 2008 pode ser considerado maior.

O mais recente levantamento foi realizado em 2015 pelo Ministério do Desenvolvimento Social que utilizou dados do Censo Suas, um instrumento eletrônico nacional de captação anual de informações de secretarias e conselhos municipais de assistência social e de outros serviços como Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centros POP). Nesta pesquisa, foi estimado que em 2015 existiam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil e na região Norte, 4,32% desta população (NATALINO, 2016).

Ambas as pesquisas realizadas estão ligadas ao contexto da assistência social, porém a saúde precisa se apropriar dessas informações para que sejam planejadas ações de cuidados específicos a população em situação de rua. As equipes de saúde e dos diversos setores que prestam serviços a esses indivíduos apresentam dificuldades em acolhê-los devido a diversos fatores, principalmente à falta de informação baseada em evidências o que resulta em intervenções indevidas. No que se refere ao cuidado em saúde, essa população acessa com mais frequência os serviços de urgência e emergência, ou seja, dificilmente participam de ações de prevenção e promoção de saúde disponíveis na rede de Atenção Básica ou são atendidos por profissionais nos serviços especializados (BRASIL, 2014).

Dados da pesquisa nacional realizada em 2007 com a população em situação de rua revelam que 18,4% dessas pessoas já passaram por experiências em que foram impedidas de receber atendimento em algum local da rede de saúde. Além disso, entre essa população são comuns relatos de resistência em ir à unidade de saúde devido ao mau atendimento dos profissionais, negação de atendimento ou mesmo impedimento de entrada nesses recintos (BRASIL, 2014).

Desta forma, o cuidado à população em situação de rua requer arranjos que considerem as especificidades deste público. Entretanto, alguns entraves podem ser identificados no atendimento a essa população como tratamento de saúde aplicados a regras que não levam em consideração as diferentes condições de vida e o despreparo dos profissionais para o acolhimento dessas pessoas (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015). As condições de vulnerabilidade dessa população possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, desta forma representa-se um desafio à efetivação de políticas públicas que abrangem esta complexidade (BRASIL, 2012).

A proposta do Consultório na Rua - eCnR surgiu com o objetivo de intervir neste contexto. A Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB e traz a proposta dos consultórios na rua definidas como equipes da atenção básica com a responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde da população em situação de rua. A nova PNAB instituída pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 reafirma a existência e organização das equipes do Consultório na Rua. Estas equipes devem estar articuladas com outros dispositivos da rede como os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica – Nasf-AB, equipes de atenção básica do território, serviços de urgência e emergência, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2017). Desta forma, o consultório na rua tem a função de prover o acesso dessa população aos serviços disponíveis na rede, não somente serviços de saúde, mas também da assistência social, justiça, etc. Realizam suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações no contexto da rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também pode utilizar as instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando no momento da intervenção. Entretanto, o Consultório na Rua não é a única porta de entrada para a população em situação de rua, já que o acesso também pode ser feito através das Unidades Básicas de Saúde e pelas Unidades de Pronto Atendimento (BRASIL, 2014).

Além do Consultório na Rua, outros dispositivos da rede intersetorial são importantes e fundamentais no cuidado à população em situação de rua. No município de Palmas – TO existem diversos dispositivos como: Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, Palmas que te Acolhe – que garante direitos de moradia e alimentação para pessoas em

situação de rua, Henfil – Núcleo de Assistência para tratamento e acompanhamento de DSTs, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Defensoria Pública, dentre outros serviços da assistência social, saúde, educação e justiça. No município não existe centro de convivência ou Centro Pop como em outras cidades do país que possam funcionar como serviço de apoio para a população em situação de rua. Desta forma, os CAPS, principalmente o CAPS AD III também exerce a função de centro de convivência para os usuários que estão em situação de rua e que apresentam transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

O município de Palmas – TO possui uma equipe do Consultório na Rua credenciado pela Portaria nº 1740 de 12 de julho de 2017. A equipe é credenciada como Modalidade I, sendo formada por no mínimo quatro profissionais, dois de nível superior e dois de nível médio (BRASIL, 2011). Pode-se observar que o início da atuação desta equipe é recente, sendo a única equipe credenciada no Estado do Tocantins.

A criação do Consultório na Rua - CnR foi um dos avanços conquistados na efetivação do cuidado dessa população, pois são equipes constituídas especificamente para este público que apresenta características própria devido a situação de vulnerabilidade em que se encontram (BRASIL, 2014c). Além deste serviço, o município de Palmas – TO também conta com outros serviços como o CAPS AD III que possui importância no cuidado referente ao tratamento de transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas e no que tange à população em situação de rua. Entretanto, estes serviços não são efetivos de forma isolada, pois necessitam da oferta de cuidados que são oferecidos por outros pontos da rede intersetorial para que o cuidado integral seja realizado.

Desta forma, é importante que os profissionais que compõe a rede intersetorial estejam atentos às especificidades deste público, já que o cuidado oferecido precisa considerar dificuldades que estão diretamente relacionadas ao modo de vida desta população como dificuldades de higiene, alimentação, padrão de sono, uso abusivo de substâncias psicoativas, etc. Verificar o quão implicada essa população está nas campanhas de prevenção, promoção e cuidado em saúde são necessários, além da inclusão em políticas de assistência social, serviços jurídicos, porém uma ação não exclui a outra.

Verifica-se que alguns avanços no cuidado à população em situação de rua

foram realizados nos últimos anos no Brasil, entretanto, é importante investigar como as políticas públicas tem sido efetivadas e se estas são suficientes para que os moradores de rua estejam presentes na rotina das Unidades Básicas de Saúde, nos serviços de atenção especializada, nos Centros de Atenção Psicossocial e em outros dispositivos da rede intersetorial a nível municipal. Neste trabalho, foram identificados quais dos serviços da rede intersetorial presentes na cidade de Palmas – TO listados na pesquisa são acessados pela população em situação de rua atendida pela equipe do Consultório na Rua.

A partir da experiência da pesquisadora no Estágio na Comunidade da Residência Multiprofissional em Saúde Mental onde eram realizadas atividades com pessoas em situação de rua, surgiu o interesse em compreender como se dá a relação entre a população em situação de rua atendida pela equipe do Consultório na Rua e serviços da rede intersetorial presentes no município visto pela perspectiva deste público, visto que estes apresentam grande demanda para estes serviços e muitas vezes referem dificuldades no acesso.

Este estudo é importante, pois permite discutir as potencialidades e fraquezas da rede intersetorial da cidade de Palmas – TO no atendimento à população em situação de rua. Espera-se também que este estudo auxilie na elaboração de propostas de melhoria de cuidado dessas pessoas, além de contribuir enquanto subsídio teórico para o exercício de profissionais que atuam ou queiram atuar nas áreas da saúde, assistência social, justiça e demais áreas.

A pessoa em situação de rua

As pessoas em situação de rua vivem situações de quebra de vínculos familiares, sociais e afetivos, vulnerabilidade a situações de violência e repressão, marcação de estigmas e rótulos e processo de desumanização, onde essas pessoas se tornam invisíveis aos olhos do outro (BRASIL, 2012).

Esta população também é vulnerável a agravos em saúde, seja pela dificuldade de participarem de campanhas de prevenção a doenças transmissíveis como DSTs, dengue, leptospirose, tuberculose, dermatoses e hanseníase, seja pela dificuldade em aderir a tratamentos que demandam cuidados específicos, como medicações que exigem uso contínuo, higienização de feridas, doenças que exigem dietas específicas como diabetes e hipertensão, dentre outras situações. Outra dificuldade existente é a resistência de alguns profissionais em atender de forma

adequada este público, já que demandam que a equipe seja flexível no planejamento e efetivação do cuidado, envolvendo articulação intersetorial para que este aconteça de forma resolutiva (BRASIL, 2012).

Dados da pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizada em 71 municípios com população superior a 300 mil habitantes, excetuando-se as cidades de São Paulo, Belo Horizonte e Recife. Foram identificadas 31.922 pessoas, porém como a pesquisa não alcançou todo o país, este número não reflete a quantidade real de pessoas em situação de rua no Brasil no momento da pesquisa. Natalino (2016) ressalta que a mobilização para a realização de uma pesquisa de alcance nacional foi iniciada no I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua realizado em 2005 que indicou como prioritária a realização de estudos que possibilitariam definir um perfil socioeconômico desta população para assim, criar políticas públicas adequadas às suas necessidades.

Em levantamento realizado no ano de 2015 através dos dados do Censo Suas de 1.924 municípios brasileiros, foi estimado que existiam 101.854 pessoas em situação de rua no país, entretanto este número é apenas uma estimativa, já que esta pesquisa não é um censo da população, mas sim um levantamento de dados através de informações obtidas por meio da compilação dos conhecimentos municipais a respeito deste público (NATALINO, 2016).

No Brasil, não existem pesquisas completas sobre a quantidade de pessoas em situação de rua no país. A dificuldade em realizar o censo com pessoas que não tem endereço fixo impede este levantamento, assim, não existem dados que reais que possam subsidiar a criação e implementação de políticas públicas para esta população.

Em Palmas – TO ainda não foi realizada pesquisa que tenha realizado o levantamento das características da população em situação de rua na cidade, existem apenas dados do acompanhamento realizado pela única equipe de Consultório na Rua que até a finalização desta pesquisa, possuía 203 usuários cadastrados, sendo atendidos em torno de 70 usuários por mês.

Políticas públicas para a pessoa em situação de rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua foi instituída pelo Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Dentre seus princípios estão a

igualdade, equidade, respeito à dignidade humana e atendimento humanizado e universalizado. Alguns dos objetivos deste documento é assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços das políticas publicas em saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda o que deve acontecer de forma integrada, para assim garantir a esta população direitos sociais garantidos a todos os cidadãos. Este Decreto é importante, pois não cria condições para que a pessoa em situação de rua tenha acesso às políticas públicas. Assim ela não precisa ter um lugar para morar, por exemplo, antes de ter acesso a um atendimento de um médico especialista, mas garante que este público que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade também possa ter acesso aos serviços oferecidos através de políticas públicas.

Este Decreto prevê também a criação de Centros de Defesa dos Direitos Humanos para a população em situação de rua, que é definido como um serviço que, diferentemente do CREAS que atende públicos diversos, oferta atendimento especializado a população em situação de rua. Este tem o objetivo de assegurar atendimento e atividades direcionadas que visam à socialização, fortalecimento de vínculos familiares e interpessoais e a criação de novos projetos de vida (BRASIL, 2009b). Este é um espaço importante para o cuidado das pessoas em situação de rua, porém é um serviço inexistente no município de Palmas- TO.

Percebe-se pela data da instituição deste Decreto que a garantia de direitos a população em situação de rua é uma conquista recente, porém ainda necessita de maiores esforços para sua implementação. No atual governo, foi publicado o Decreto nº 9.894 de 27 de junho de 2019 que dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua – Ciamp Rua previsto na Política Nacional para a População em Situação de Rua para, dentre outras funções, monitorar o desenvolvimento desta política. O Ciamp Rua passa a ser coordenado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos , além de ter a quantidade de participantes reduzida, principalmente no que se refere à participação dos representantes da sociedade civil, já que anteriormente eram 9 representantes e neste documento prevê somente 4.

A criação do Consultório na Rua é ainda mais recente. A Portaria nº 122 que define especificamente as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua foi publicada em 25 de janeiro de 2012, que define este serviço

enquanto uma equipe da Atenção Básica responsável por cuidar especificamente da população em situação de rua. Este serviço deve desempenhar suas atividades de forma itinerante, articulando o cuidado com outras equipes da Atenção Básica e demais serviços da rede intersetorial, considerando as diversas demandas e a dificuldade de acesso deste público.

O Movimento Nacional da População em Situação de Rua foi responsável pela mobilização a favor da criação de equipes de Atenção Básica específicas para atender esta população, devido às peculiaridades exigidas no cuidado a essa população.

Em 2010 foi publicada a Instrução operacional conjunta do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, que normatiza os procedimentos para inclusão desta população no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e assim, inicia a coleta de dados sobre pessoas em situação de rua através de formulário específico, gerando assim informações para a construção de políticas públicas. Em levantamento realizado no ano de 2015 através de dados do CadÚnico, existiam 48.351 pessoas em situação de rua no país, entretanto, em consulta a outras fontes de dados, foi estimado que o número de pessoas em situação de rua é mais que o dobro (NATALINO, 2016), o que pode demonstrar que a maioria desta população não tem acesso a este benefício.

Em 2016, foi inaugurado no município de Palmas - TO, o projeto Palmas que te Acolhe, um serviço voltado às pessoas em situação de rua que tinha como objetivo promover a inserção social, garantindo moradia, alimentação e atendimento por euipe multiprofissional. Na sua inauguração, apresentava capacidade para oferecer moradia para até 20 pessoas em situação de rua (PREFEITURA DE PALMAS, 2017). O projeto foi proposto pelo Ministério da Justiça, captado junto ao Governo Federal, através da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Senad) e executado pela Fundação Municipal da Juventude, porém durante o ano de 2019, o serviço foi sendo desmontado, fechando as portas no mês de outubro do mesmo ano, durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Percebe-se assim que as políticas públicas voltadas especificamente para a população em situação de rua foram criadas recentemente, o que reflete a invisibilidade deste público. No município de Palmas – TO, existem poucas iniciativas voltadas especificamente para a pessoa em situação de rua. Atualmente os principais serviços que realizam esse atendimento são o Consultório na Rua e o

CAPS AD III, este último realiza o atendimento a pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e oferece acolhimento noturno, que em alguns casos atua como substituto de um abrigo, já que não existe este serviço na cidade.

É importante salientar que além das políticas públicas específicas, existem as demais que são voltadas para pessoas que estão em vulnerabilidade e as que são voltadas para todos os cidadãos, independente de classe social, como as políticas públicas em saúde. O acesso a essas políticas deve ser facilitado a este público, já que muitos encontram dificuldades para se locomover pela cidade, desconhecem as políticas existentes, ou por outros fatores intrínsecos ao viver dessas pessoas.

MÉTODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido enquanto pesquisa aplicada, quantitativa e qualitativa, pois se propôs a coletar dados mensuráveis através das questões sociodemográficas e através das perguntas abertas, estudar as relações complexas através da explicação e compreensão das relações entre as variáveis (GUNTHER, 2006). É um estudo transversal, pois a coleta de dados envolveu um recorte único no tempo, em um mesmo momento histórico com base em uma amostra selecionada para descrever uma população em determinado momento (AUGUSTO et. al, 2013), neste estudo, pessoas em situação de rua que são atendidas pela equipe do Consultório na Rua.

Quanto aos seus objetivos, este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, pois tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002), sendo assim, esta pesquisa buscou descrever a relação entre a população em situação de rua atendida pela equipe do Consultório na Rua e os serviços da rede intersetorial do município de Palmas – TO acessados nos últimos seis meses, o motivo da busca pelos serviços acessados e como foi o atendimento nestes serviços.

Foi realizada também pesquisa bibliográfica a respeito do cuidado da população em situação de rua e quais são as características desse cuidado realizado em outras regiões do país.

Compõem o universo desta pesquisa as pessoas em situação de rua acompanhadas pela equipe do Consultório na Rua durante o período de realização da pesquisa, situação que foi identificada a partir dos apontamentos da equipe que compõe o serviço. Dentre a população identificada, a amostra constituiu-se em não-probabilística, sendo selecionados dentre os usuários acompanhados aqueles que aceitaram fazer parte deste estudo e estiverem dentro dos critérios de inclusão. Na amostra não-probabilística por conveniência, o pesquisador seleciona os participantes da população mais acessíveis (REIS, 2008), fator que é fundamental para o público da pesquisa, já que não são todas as pessoas acompanhadas pela equipe do Consultório na Rua que atendem aos critérios de inclusão ou são encontrados pela equipe com regularidade. Conforme informações dos profissionais, são acompanhados em torno de 70 usuários por mês, sendo assim a amostra foi composta por 13 pessoas que foram encontrados pela equipe durante as abordagens e se disponibilizaram a participar da entrevista. Esta quantidade foi definida devido a dificuldades de acesso aos usuários e características do cuidado na rua, assim considerou-se este número significativo para atingir os objetivos da pesquisa.

O estudo foi realizado na cidade de Palmas – TO durante as abordagens realizadas pela equipe do Consultório na Rua onde foi utilizado um local reservado durante o atendimento para a aplicação da entrevista com os usuários que aceitaram fazer parte deste estudo. Devido à dinâmica do serviço e do público atendido, as entrevistas foram realizadas em diferentes espaços: em um Centro de Saúde da Comunidade – CSC, no prédio do Centro de Atenção Psicossocial AD III – CAPS AD III, em espaços de mata dentro da cidade e em praças, todos localizados em diferentes pontos da cidade. As entrevistas foram realizadas com o apoio da equipe do Consultório na Rua que disponibilizou transporte e auxílio no acesso a regiões distantes e de extrema vulnerabilidade social, o que também contribuiu para a abordagem adequada dos usuários, já que a pesquisadora estava acompanhada de pessoas familiares aos entrevistados.

Para participar da pesquisa, o usuário deveria ter idade mínima de 18 anos, estar em situação de rua no momento da pesquisa, ser atendido pela equipe do Consultório na Rua, ter capacidade de entendimento para responder ao questionário e aceitar conceder a entrevista após leitura dos objetivos deste estudo e garantia do sigilo.

Os dados foram coletados através de entrevistas estruturadas com questões previamente elaboradas e realizadas de forma individual. O questionário foi construído pela pesquisadora no qual constava uma primeira parte composta por questões que solicitaram informações referentes à idade, sexo, raça, escolaridade, tempo de moradia na rua e ocupação atual e uma segunda parte composto por questões abertas onde foram listados diferentes serviços da rede intersetorial do município. Os usuários foram questionados quais destes serviços foram acessados nos últimos seis meses, o motivo da busca, como foi o atendimento e se a questão que motivou a busca foi solucionada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi constituída por homens em situação de rua com idade média de 44,08 anos, sendo a maioria com idade entre 31 e 39 anos (38,5%) e 50 e 58 anos (38,5%). Foram abordadas 14 pessoas em situação de rua, dentre estas, apenas uma se negou a participar da pesquisa.

Em relação à cidade de origem dos entrevistados, 69% relatou cidades fora do Estado do Tocantins, sendo portanto, a maioria dos entrevistados. No quesito raça, 61,6% se identificaram com a opção parda, 15,4% com a opção branca, 15,3% com a opção amarelo e apenas 7,7%, o que equivale a 1 respondente, com a opção negra. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa desenvolvida no CAPS AD III de Palmas em 2018, onde do total de 86 usuários analisados, apenas 10 se identificaram como negros (MASCARENHAS & NUNES; 2019). Segundo os autores, estes dados podem possuir dois significados: a tentativa dos negros de fugirem da condição de escravos negando a cor da sua pele e devido à ideologia da democracia racial, onde se acredita que devido à miscigenação no país, foram eliminadas as raças negra e branca, restando somente a raça “mestiça”. Assim, percebe-se que a maioria dos entrevistados não se identifica como pessoa de pele negra, demonstrando portanto, os efeitos do racismo na sociedade.

Sobre a questão da escolaridade, a maioria (53,8%) respondeu que cursaram até o Ensino fundamental Incompleto, seguido por 23,1% que relataram serem analfabetos.

Quando questionados sobre o tempo de permanência na rua, a maioria dos entrevistados relata tempo entre 1 e 5 anos (46,1%), enquanto 31% responderam que vivem em situação de rua há mais de 10 anos. Percebe-se portanto que muitos

dos entrevistados estão em condições de cronificação. Bott et. al (2009) distingue três estados do estar na rua: “ficar na rua, circunstancialmente”, fruto de alguma situação adversa da vida do sujeito; “estar na rua, recentemente”, situação esta onde o indivíduo já cria laços com outras pessoas na mesma situação ou que trabalham na rua; e “ser de rua, permanentemente”, situação que devido aos anos na rua já existe um processo de deterioração física e mental, devido às circunstâncias adversas da vida na rua, como violência, alimentação precária, uso de substâncias psicoativas e quebra de vínculos familiares.

Em relação a ocupação atual, 84,6% entrevistados relatam exercer uma ocupação entre vigia de carros, serviços gerais, catador de materiais recicláveis, venda de sabão. Apenas 15,4% relataram não ter uma ocupação que possa gerar renda. Estes dados corroboram os resultados da Pesquisa Nacional onde 70,9% das pessoas em situação de rua eram trabalhadoras, sendo portanto a maioria (BRASIL, 2008). Assim, ao contrário do que se acredita, a maioria das pessoas em situação de rua trabalham para o seu sustento, entretanto isto ocorre no mercado informal, em subempregos, portanto ainda assim permanecem em condições de vulnerabilidade.

O perfil do público entrevistado é, portanto, homens com idade superior a 31 anos, oriundos de outros Estados, de cor parda, que cursaram até o ensino fundamental incompleto, vivem em situação de rua há mais de 5 anos e exercem uma ocupação. Os dados da pesquisa nacional realizada no ano de 2007 indicam que 82% dos entrevistados são homens, 53% das pessoas têm entre 25 e 44 anos. Quanto à cor, 39,1% se declararam pardas, enquanto 29,5% se declararam brancas e 27,9% se declararam negros (BRASIL, 2008). Neste censo, os principais motivos relatados pelos quais estas pessoas passaram a viver nas ruas são uso prejudicial de álcool ou drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (29,1%). Sendo assim, os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com os dados da pesquisa nacional. Os dados sociodemográficos da amostra entrevistada estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos indivíduos em situação de rua entrevistados no município de Palmas – TO, 2019.

Variáveis	Número	%
Idade		
Entre 31 e 39 anos	05	38.5

Entre 40 e 42 anos	02	15.5
Entre 50 e 58 anos	05	38.5
Não sabe	01	7.7
Localidade		
Tocantins	04	31
Outros Estados	09	69
Raça		
Pardo	08	61.5
Branco	02	15.4
Amarelo	02	15.4
Negro	01	7.7
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	07	53.8
Ensino fundamental completo	01	7.7
Ensino médio incompleto	02	15.4
Analfabeto	03	23.1
Tempo de permanência nas ruas		
Até um ano	01	7.7
De um a cinco anos	06	46
De seis a dez anos	02	15,3
Acima de dez anos	04	31
Ocupação		
Catador	04	31
Serviços gerais	03	23.1
Pedinte	03	23.1
Vigia	02	15.3
Sem ocupação	02	15.3
Produção e venda de sabão	01	7.7

Durante a entrevista foram apresentados vários serviços da rede intersetorial aos usuários para que os mesmo identificassem se já haviam ido a este serviço, se foram bem atendidos e se foi resolutivo. Os serviços avaliados foram: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, CAPS AD III, Centro de Saúde da Comunidade, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, Núcleo de Assistência Henfil, Centro Estadual de Reabilitação – CER, Ambulatório de Atenção à Saúde Dr. Eduardo Medrado – AMAS, Hospital Geral de Palmas – HGP, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Palmas que te Acolhe, Consultório na Rua, Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS, Plantão Social, Defensoria Pública, polícia militar/civil, Restaurante Comunitário, Acolher, comunidades terapêuticas e Educação de Jovens e Adultos. Sobre o CAPS II, os resultados mostram que este serviço não é

frequentado por pessoas em situação de rua, onde apenas um dos entrevistados relata ter sido atendido nos últimos 6 meses, enquanto o restante relata não ter ido ou nunca ter ido neste serviço.

Em relação ao CAPS AD III, o as respostas apontaram outro cenário. Os usuários entrevistados vêem no serviço um apoio para a diminuição do uso de substâncias psicoativas e assim reduzir os impactos que o uso abusivo traz. Outro aspecto importante do serviço citado pelos entrevistados é o acolhimento noturno, que devido não existir na cidade albergues ou serviços para este fim, usam o CAPS AD III como ponto de apoio para descansar das ruas, conforme aponta o entrevistado 4:

> *Procurei aqui (*CAPS AD III) *porque eu tava bebendo muito, e tava sem ter onde ficar e vim procurar aqui, procurar apoio aqui.*

Em relação ao atendimento no serviço, os entrevistados relatam bom atendimento e ajuda para encaminhar questões relativas à documentação como passe livre para uso de transporte urbano, laudo para INSS e documentos pessoais.

Em pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte – MG no ano de 2009 com 245 homens em situação de rua, foi identificado que dentre os serviços de saúde mental, o serviço para dependentes químicos era o serviço mais frequentado (BOTTI et. al; 2009). Com os dados da pesquisa, percebe-se que este é um fenômeno semelhante no município de Palmas. Dentre os CAPS, o CAPS AD III é o serviço de referência para as pessoas em situação de rua, porém é importante que o CAPS II também esteja preparado para atender esta demanda, já que pesquisas mostram a grande ocorrências de transtornos mentais nesta população (BOTTI et. al; 2009; BRASIL, 2009a; SALVADOR, 2010).

Outro serviço avaliado pelos entrevistados são os Centros de Saúde da Comunidade - CSC que no município de Palmas - TO, correspondem às Unidades Básicas de Saúde. A maioria dos entrevistados relatou ter ido neste serviço e informam que foram bem atendidos pelas equipes. Consideram o serviço resolutivo, porém percebe-se pelos relatos que esta resolutividade aplica-se apenas a questões pontuais, para tratamentos que necessitam de continuidade, encaminhamento para médico especialista ou exames, os CSCs não se mostram efetivos, conforme relata o entrevistado 9:

> *Não, os postinhos é esquecimento. Só tem um problema que aconteceu comigo. Eu passei quase uns 8 meses pra receber uma ressonância porque meu braço saiu do lugar.*

Em pesquisa realizada na cidade de São Paulo – SP com pessoas em situação de rua de três albergues da cidade, os entrevistados responderam que as Unidades Básicas de Saúde e as unidades de emergência são os serviços mais procurados quando apresentam algum problema de saúde (BARATA et. al; 2015). Percebe-se que na cidade de Palmas – TO , os entrevistados também procuram atendimento na Atenção Básica quando julgam necessário, assim como as unidades de emergência.

Quanto às Unidades de Pronto Atendimento - UPA do município, os dados mostram que este é um serviço de referência para esta população, sendo um local frequentado com regularidade. Neste serviço os entrevistados relatam bom atendimento da equipe. Na Pesquisa Nacional com a população em situação de rua (BRASIL, 2008), verificou-se que quando doentes, estas pessoas buscam em primeiro lugar o hospital/emergência. Pode-se verificar que a busca pelo cuidado em saúde se dá em momentos de crise, e não em ações de prevenção e promoção de saúde.

Alguns serviços presentes no questionário eram desconhecidos pela maioria dos entrevistados. Entre eles está o Núcleo de Assistência Henfil, serviço municipal que realiza testagem e aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis - IST. Quando esclarecidos a respeito dos objetivos do serviço, alguns entrevistados demonstraram discriminação e desconhecimento a respeito das ISTs, conforme trecho do relato do entrevistado 1:

> *Ah não, eu não tenho essas coisas não, eu sou de boa. Eu fiz uns exames aí e a única coisa que deu foi um pouco de anemia.*

Percebe-se a importância de esclarecimentos a respeito da prevenção das ISTs em ações direcionadas às peculiaridades deste público, já que este é um dos agravos recorrentes nesta população (BRASIL, 2012).

Outros serviços desconhecidos pela grande maioria dos entrevistados são o Centro Estadual de Reabilitação - CER que se propõe a reabilitar pessoas com deficiência física e intelectual e o Ambulatório de Atenção à Saúde Dr. Eduardo Medrado - AMAS que dispõe de médicos de várias especialidades e atende pessoas encaminhadas das unidades de saúde do município. O acesso a atendimento médico especializado e a serviços de reabilitação não fazem parte do cuidado em saúde desta população. Em pesquisa realizada na cidade de Salvador (SALVADOR,

2010), os resultados mostraram que os serviços de saúde ambulatoriais são pouco procurados por esta população. É importante considerar que essas pessoas têm dificuldades em aderir tratamentos que exijam a fixação de horários e dias para atendimento devido a sua dinâmica própria de vida., onde não existem horários específicos para alimentação, para o despertar e o dormir ou para uma rotina diária (BRASIL, 2012). Sendo assim, é importante que as equipes de saúde compreendam as peculiaridades na vida deste público e criem ações específicas de cuidado.

O Hospital Geral de Palmas também foi avaliado pelos entrevistados. A maioria relata não ter ido neste serviço nos últimos 6 meses e os que foram, relatam bom atendimento e resolutividade, conforme relato do entrevistado 4:

> *Resolveram, deram medicamento. Eu já fui várias vezes lá, não sei quantas vezes nos últimos 6 meses.*

O Centro de Especialidades Odontológicas é mais um serviço avaliado que é desconhecido pela maioria dos entrevistados. Entretanto, muitos afirmam que têm interesse e necessitam buscar atendimento neste serviço, outros que relatam terem ido, foi devido mediação de outros serviços como CAPS AD III e Consultório na Rua, como no exemplo do entrevistado 5:

> *Fui, eu estava lá no Caps* (AD III)*, me levaram lá e eu arranquei dois dentes. Fui bem atendido.*

O interesse por atendimento nestes serviços revelam também que estes não buscas a Atenção Básica para atendimento odontológico, já que nenhum dos entrevistados referiu busca por estes serviços nos CSCs de referência, mesmo que a maioria frequente estes serviços. Resultado semelhante foi encontrado por Barata et. al (2015), quando foi encontrado que a proporção de pessoas que transitam por albergues que nunca receberam atendimento odontológico é quatro vezes maior do que entre pessoas que vivem em áreas de vulnerabilidade social. Esta é uma demanda também apresentada por esta pesquisa e que necessita de criação de estratégias para facilitar o acesso destas pessoas a este serviço.

Sobre o projeto Palmas que te Acolhe, a maioria dos entrevistados afirmaram conhecer e já ter frequentado o serviço. Através dos relatos, pode-se verificar que o projeto proporcionava além de moradia, possibilidade de desenvolverem seu autocuidado e acesso a políticas públicas de assistência social. A mudança de local e redução da equipe afetou a vida de alguns dos entrevistados que dependiam do serviço enquanto apoio, conforme relata o entrevistado 4:

> *Era bom, antes de mudar, porque mudaram tudo lá depois, era bom. Depois ficou pior porque era só de manhã, davam a fichinha pra gente almoçar no comunitário aí voltava só a noite pra dormir, aí de manhã saía.*

Com o encerramento das atividades, o Projeto Palmas que te Acolhe deixou de acompanhar diversos usuários que buscavam o serviço em busca de um banho, alimentação, descanso e auxílio com documentação, conforme relatado na pesquisa. Atualmente, o Consultório na Rua é o único serviço na cidade que atende esta população em específico.

O Consultório na Rua foi um serviço elogiado pelos seus usuários, sendo um dos serviços que facilitam o acesso destes a políticas públicas, um exemplo é o relato do entrevistado 3:

> *Tive contato (*com o Consultório na Rua)*, foi por eles que me falaram do bolsa família né. Iam me cadastrar com meu cpf mas eu desisti também, por causa da demora, não tenho paciência pra esperar. Me atenderam bem, eu que não quis mesmo.*

Percebe-se assim, a importância do papel do Consultório na Rua em proporcionar o cuidado a esta população que em muitos casos não tem conhecimento acerca das serviços oferecidos na rede intersetorial e que pode proporcionar melhora na qualidade de vida destas pessoas.

A respeito dos serviços relativos a assistência social como Centro de Referência em Assistência Social - CRAS, Plantão Social e Centro de Referência Especializado de Assistência Social e restaurante comunitário, os entrevistados relataram frequência em todos, com exceção do CREAS, onde a maioria demonstrou desconhecimento do serviço. Em relação ao acesso ao CRAS, os entrevistados relataram como motivo da procura, a busca pelo acesso ao benefício do Bolsa Família, entretanto, este serviço pode oferecer outras ofertas que também podem auxiliar esta população, como grupos de convivência, cursos e atividades recreativas. Dentre os que acessaram o CRAS, a maioria relatou que foi bem atendido nesses locais. Em relação ao Plantão Social, metade dos usuários relatam conhecer o serviço e bom atendimento da equipe, outra metade relata não conhecer.

Foram avaliados no questionário também a Defensoria Pública, a polícia militar ou civil. Em relação à Defensoria Pública, a maioria dos usuários relataram não ter ido neste serviço, porém alguns admitem a necessidade de buscar atendimento neste local, como o entrevistado 1 relata:

> *Pois é, eu estava precisando ir lá. Tem mais de ano já que não vou*

> *lá. Fui lá pra passar um processo meu de Anápolis pra eu ficar assinando aqui, quando o palmas que te acolhe ainda estava no hotel.*

Sobre a polícia, a maioria relata experiências com abordagens policiais, enquanto outros que não relataram esta experiência, afirmam buscar manter distância desses profissionais, conforme relato do entrevistado 10:

> *Não. Polícia é uma carta fora do meu baralho. Não gosto do departamento de polícia. Muita canseira.*

O acesso aos dois restaurantes comunitários existentes na cidade foi relatado pela maioria dos entrevistados, que relatam atendimento adequado nestes serviços, entretanto, este acesso não é frequente. Os restaurantes comunitários fornecem uma refeição diária de segunda a sexta-feira a valores populares. Alguns entrevistados relataram que o acesso ao restaurante comunitário foi mediado pelo Projeto Palmas que te Acolhe, conforme relato do entrevistado 4 a seguir:

> *Não fui mais, eu ia quando eu estava no Palmas que te Acolhe, eu ia sempre lá. Me atendiam bem, era só entregar a fichinha e entrava.*

Percebe-se que é importante a criação de meios que possam facilitar o acesso desta população aos restaurantes comunitários, o que era papel do Projeto Palmas que te Acolhe. Atualmente, a equipe do Consultório na Rua assumiu esta função, realizando o cadastro de pessoas em situação de rua que queiram se alimentar neste local. É necessário frisar que a localização destes serviços na cidade impede o acesso a pessoas que estão instaladas em áreas distantes do centro, como áreas de mata e setores mais afastados. Ainda assim, esta é uma das estratégias utilizadas para garantir uma refeição diária a alguns usuários atendidos pela equipe de Consultório na Rua.

Em pesquisa realizada na cidade de Salvador (SALVADOR, 2010), foi encontrado que muitas pessoas em situação de rua não tem acesso regular e permanente à alimentação adequada durante todo o ano. A alimentação adequada previne o desenvolvimento de algumas patologias que como a tuberculose, e evita a ocorrência de doenças infecciosas. Desta forma, possibilitar o acesso à alimentação adequada a esta população é também um cuidado em saúde.

Os entrevistados também demonstraram desconhecimento a respeito do Núcleo de Atenção aos Dependentes Químicos - Acolher, serviço estadual que realiza orientações a usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, além de realizar o encaminhamento a comunidades terapêuticas e outros serviços da rede.

Em relação à frequência em comunidade terapêutica, a maioria dos entrevistados relata não ter sido acolhido em nenhuma instituição recentemente, apenas um dos entrevistados relatou desejo de ir para alguma instituição. Atualmente, as internações em comunidades terapêuticas estão previstas na Política Nacional sobre Drogas publicada através do Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019 e na Lei nº 13.840 de 5 de junho de 2019, sendo assim, constitui-se enquanto política pública no cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. Para as pessoas em situação de rua, esta se torna uma opção para aqueles que buscam um local de abrigo, porém é importante o acompanhamento multidisciplinar e intersetorial para que o cuidado se efetive de forma eficiente.

Em se tratando de educação, os entrevistados relataram não frequentar a escola, apesar do interesse manifesto de alguns, o que pode ser encontrado na fala do entrevistado 1:

> *Pois é, eu estava precisando de ir no EJA, de voltar a estudar de novo e não tô conseguindo porque nesses exames aí eu fico bebendo.*

Verifica-se portanto, que a população de rua demanda adaptações dos serviços para que estes tenham acesso a determinadas políticas públicas. A baixa escolaridade dos entrevistados somado com as dificuldades enfrentadas para retomar os estudos, demonstram a falta de acesso e a inadequação da escola diante de situações de vulnerabilidade desde a infância até a idade adulta. No caso da população adulta em situação de rua, é importante a criação de estratégias para o acesso destes a cursos de formação profissional além do ensino regular, para que possam ter acesso não somente a cuidados em saúde e assistência social, mas também educação, trabalho, lazer e cultura.

Ainda não foi realizado no município de Palmas – TO o levantamento dos dados sociodemográficos da população em situação de rua, o que dificulta a mobilização e criação de políticas públicas municipais específicas que viabilizem o cuidado a estas pessoas, já que para muitos esta é uma população invisível. O encerramento do Projeto Palmas que te Acolhe demonstra a falta de comprometimento da gestão no cuidado a esta população, já que não existe outra opção para o abrigamento destas pessoas na cidade. Assim, em diversas situações onde são necessárias medidas específicas de acompanhamento, como em situações extremas de risco de violências, intervenções cirúrgicas, dentre outros, os

profissionais que realizam o cuidado se vêem limitados em suas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições de vida da população em situação de rua é marcada por condições extremas de vulnerabilidade social e pobreza, o que significa que este público demanda maior acesso a políticas públicas que possam promover a equidade e consequente melhoria de vida. Estratégias específicas de cuidado a esta população são necessárias para diminuir os danos causados pela vivência nas ruas, e conhecer as características desta população é fundamental para que sejam criadas estratégias adequadas.

Nesta pesquisa, verificou-se que os entrevistados desconhecem a existência e função de muitos dos serviços citados o questionário, enquanto outros que são conhecidos são pouco utilizados. Os serviços mais acessados por esta população são o CAPS AD III, UPAs, CRAS, e CSCs que correspondem às Unidades Básicas de Saúde na cidade. Com os dados encontrados, verifica-se que são necessárias ações que proporcionem o conhecimento e acesso destas pessoas a serviços especializados em saúde como o CEO, AMAS, Henfil, a políticas públicas de educação, à Defensoria Pública e ao Acolher.

É importante também que pesquisas mais amplas sejam realizadas para melhor caracterização desta população e para maior visibilidade de suas necessidades, pois ainda que existam políticas públicas que visam a melhoria da qualidade de vida de pessoas em situação de vulnerabilidade, a efetivação destas políticas exige maior esforço dos entes públicos e mobilização das equipes envolvidas no cuidado para que possam compreender as particularidades e dificuldades que envolvem o modo de vida desta população.

REFERÊNCIAS:

AUGUSTO, C. A. et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, n. 4, p. 745–764, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007 Acesso em 20 nov 2019.

BARATA, Rita Barradas; JUNIOR, Nivaldo Carneiro; RIBEIRO, Manoel Carlos S. A.; SILVEIRA, Cássio. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.,** v. 24, supl. I, p. 219 – 232, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf Acesso em 21 fev; 2020.

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

BOTTIL, N. C. L.; CASTRO, C.; FERREIRA, M.; SILVA, A. K.; OLIVEIRA, L., CASTRO, A. C.; FONSECA, L. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health,** vol. 1 n. 2, p. 164-179, 2009. Disponível em https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68482 Acesso em 15 Jan 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde da População em Situação de Rua:** um direito humano**.** Brasília, DF, 2014.

BRASIL, Decreto Presidencial n° 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009a.

BRASIL, resolução Nº109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação de serviços socioassistenciais. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, 25 nov 2009b.

BRASIL, Decreto Presidencial nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, 11 abr 2019.

BRASIL, Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, Altera as Leis n os 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997,

os Decretos-Lei n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do !nanciamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 06 jun 2019, p. 2.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília, DF, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em: 18 de abril de 2019.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 122, de 25 de janeiro de 2011b. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 26 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 18 de abril de 2019.

CARMO, M. E. DO; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-

csp-34-03-e00101417 Acesso em 14 nov 2019.

CORGOZINHO, M. M.; OLIVEIRA, A. A. S. DE. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 431–441, jun. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00431.pdf Acesso em 14 nov 2019.

GUNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa : Esta É a Questão ? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201–209, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf Acesso em 10 out 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

MASCARENHAS, Naiara C. S.; NUNES, Jonatha R. Saúde mental e raça/etnia: um estudo acerca da questão racial e uso abusivo de álcool e outras drogas nos usuários/as negros/as atendidos/as no CAPSADIII de Palmas – TO. **Revista Humanidades e Inovação,** v. 6, n. 8, p. 70 a 86, 2019. Disponível em https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1352 Acesso em 18 fev 2020.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Instrução Operacional Conjunta SENARC/SNAS/MDS nº 07, de 22 de novembro de 2010 – orientações aos municípios e ao Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único. Disponível em http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/instrucoes_operacionais/2010/io_conjunta07%20_senarc.pdf Acesso em 15 fev 2020.

NATALINO, Marcos Antônio Carvalho. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. **Textos para discussão**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, TD 2246, out 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819. Acesso em 19 de abril de 2019.

PAIVA, I. K. S. DE et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595–2606, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802595&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 15 out 2019.

PREFEITURA DE PALMAS, Projeto Palmas que te Acolhe realiza ação social ConstRUA em Taquaralto, 2017. Disponível em https://www.palmas.to.gov.br/secretaria/fundacao-da-juventude/noticia/1504262/projeto-palmas-que-te-acolhe-realiza-acao-social-construa-em-taquaralto/ Acesso em 20 fev 2020.

PREIFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. **Relatório da pesquisa sobre a população em situação de rua o município de Salvador – BA.** Salvador, 2010.

REIS, Marcelo Menezes. **Estatística aplicada à administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2008.

SILVA, C. C. DA; CRUZ, M. M. DA; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 246–256, dez. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf Acesso em 20 out 2019.

Revista Humanidades e Inovação
https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/about/submissions

A CONSTRUÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DE PALMAS/TO

THE CONSTRUCTION OF CLINICAL REASONING OF THE OCCUPACIONAL THERAPY IN THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN MENTAL HEATH OF PALMAS/TO

Fernanda de Oliveira Mota[1]

Fernanda Vieira dos Santos[2]

Ludmila Ines Nunes Prestes [3]

RESUMO

Esse trabalho é oriundo de estudos e reflexões sobre a identidade e raciocínio clínico da terapia ocupacional na residência multiprofissional em saúde mental de palmas/TO. A presente pesquisa é de abordagem qualitativa, caracterizando-se como descritiva e exploratória. Trata-se de pesquisa de campo e de análise documental, tendo por intrumentos os diários de campos e relatórios de atendimentos individuais de 2 participantes, escritos também a partir da supervisão de terapia ocupacional, no período de abril a agosto de 2019, sendo contextualizada a experiência no Centro de Atenção Psicossocial II. Tendo por objetivo: analisar a construção do raciocínio clínico da terapia ocupacional através da experiência no programa de residência multiprofissional em saúde mental, foram observados os aspectos éticos, bem como o sigilo da identificação dos participante, utilizando-se de pseudônimos. Os resultados e discussão foram apresentados a partir de tópicos: História clínica e contexto de tratamento no CAPS II e aspectos do relato da experiência da terapeuta ocupacional. Conclui-se que o raciocínio clínico da profissional foi sendo efetivado e identificado nos relatos, a partir das mudanças de práticas, quando foram realizadas as análises de atividades, pela articulação teórico-prática, favorecida pelas supervisões de terapia ocupacional e tendo por importante instrumento os diários de campo. Consequentemente, o vínculo terapêutico foi sendo estabelecido, sendo produzido sentimentos positivos tanto para o usuário, como para a residente, minimizando as ansiedades e inseguranças iniciais.

Descritores: Terapia Ocupacional. Residência Multiprofissional. Raciocínio Clínico.

[1] Terapeuta ocupacional, residente em saúde mental na Fundação escola de saúde pública de Palmas/TO. Email: fernanda.oliver.mota@gmail.com.

[2] Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal de São Paulo/SP. Email: fernandavieirasantos@hotmail.com.

[3] Mestre em Psicologia. Fundação escola de saude publica de Palmas/TO. Email: ludmilaprestes@hotmail.com.

ABSTRACT

This project is arising from studies and reflexions about the identity and clinical reasoning of occupational therapy in the multiprofessional residence in mental heath of Palmas/TO. The present research is of qualitative approach, characterizing as descriptive and exploratory. It is a field research and documental analysis, having as instrumencts the field diaries and the reports of individuals treatment with two participants, written also from the supervision of occupacional therapy, in the period between April to August of 2019, being contextualized the experienc from CAPS II. Aiming: Analyse the construction of the clinical reasoning of occupational therapy through experience in multiprofessional residence program's in mental heath, were observed Ehical aspects like the secrecy of the identity of the participants, using pseudonyms. The results and discussions were showed from the topics. Clinical History and context of treatment in the CAPS II and aspects reported from the experience of occupacional therapy. Conclude that the clinical reasoning of the professional was being carried out and identified in the reports, from the changes in practices, when the activity analyzes were carried out, through the theoretical-practical articulation, favored by the occupational therapy supervisions and having as an important instrument the field diaries. Consequently, the therapeutic bond was being established, producing positive feelings for both the user and the resident, minimizing anxieties and initial insecurities.

Descriptors: Occupacional Therapy. Multiprofessional Residence. Clinical Reasoning.

1. INTRODUÇÃO

As profissões são orientadas por bases filosóficas e conceituais de acordo com teorias e pressupostos básicos instituídos. Entretanto de acordo com as situações vivenciadas na prática, e pela abstratividade dos conceitos, muitas vezes acontece o distanciamento desses princípios na atuação clínica[4]. Mesmo com as dificuldades enfrentadas, os profissionais precisam nortear sua intervenção, e sistematizar a prática. O raciocínio clínico é um elemento estruturante das práticas dos profissionais de saúde. Envolve um processo sistemático e complexo. Rogers[5] propõe que o objetivo do raciocínio clínico é organizar as ações terapêuticas, para que se atenda adequadamente os interesses ou demandas dos clientes.

Desde os primórdios da profissão a busca por uma identidade específica sempre foi algo marcante na terapia ocupacional. Acredita-se que há ainda muitos equívocos quanto à conceituação da terapia ocupacional, muitas vezes restringindo à termos simples cotidianos, ou não definindo corretamente a gama de atuações que envolvem a profissão.

---

[4] Pfeifer, Luzia Iara. Trabalhando a formação de Terapeutas Ocupacionais reflexivos. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 8, n. 2, 2010.

[5] Rogers. J. C. Eleanor Clarke Slagle Lectureship – 1983 – clinical reasoning: the ethics, Science and the art. *The American Journal of Occupational Therapy*, v.37, n. 9, p. 601-616, 1983.

A identidade do profissional pode ser construída através do raciocínio clínico, conseguindo ser efetivado e oportunizado pela educação permanente.

A terapia ocupacional é definida segundo a Federação Mundial dos Terapeutas Ocupacionais (WFTO) como:

> Profissão de saúde centrada no cliente, preocupada em promover a saúde e o bem estar através da ocupação. O principal objetivo da terapia ocupacional é facilitar a participação das pessoas em suas atividades diárias (WFTO, 2012)[6].

No decorrer de toda história, a terapia ocupacional sempre utilizou de atividades para tratar. Os termos "ocupação" e "atividades" foram utilizados de formas diferentes nos diversos países e também de acordo com as diversas teorias utilizadas. Com o tempo, os estudos buscaram trazer sobre a "atividade humana", pois acreditavam ser o termo ideal. "Com atividades, podemos tratar, educar, ensinar, organizar, alterar o ambiente e incluir pessoas num sistema que lhes permita integrações e interações"[7]. Ocupações referem-se às atividades humanas desempenhadas de acordo com o contexto histórico e social.

As residências multiprofissionais configuram-se como formações (pós-graduações) em serviço, sendo orientadas a partir da Política Nacional de Educação Permanente. Busca-se possibilitar espaços de construção e de promoção de ações que visem às necessidades dos serviços, comunidades e sujeitos envolvidos nesse contexto. A Educação permanente trata-se da prática vivenciada, e vem como uma exigência na formação e através da atuação nos diversos cenários de práticas. Busca preparar os profissionais para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da sociedade[8].

Criadas a partir da Lei n° 11.129 de 2005[9], são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às necessidades locais e regionais, abrangendo as profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária,

---

[6] World Federation Of Occupational Therapists - WFOT. Position Statement Activities of Daily Living. [s.l.]: WFOT, 2012

[7] Rogers Eleanor Clarke Slagle Lectureship – 1983. *Idem*

[8] Morin, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: *Cortez*, 2002.

[9] Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005.

Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998)[10].

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº1.077, de 12 de novembro de 2009[11], com objetivo de coordenar, avaliar e creditar os programas, de acordo com o SUS, visando às demandas epidemiológicas e sociais da população, sendo coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. A COREMU (Comissão de Residência Multiprofisisonal), criadas pela resolução N° 02, de 04 de maio de 2010[12], busca coordenar, organizar, articular, supervisionar e avaliar os programas de residências existentes. Também é responsável por acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes, além de elaborar os editais e acompanhar o resultado dos candidatos.

Na cidade de Palmas, Estado do Tocantins, foi instituído o Plano municipal de educação permanente na rede de saúde (Portaria 001/2016)[13] orientado pelo Decreto nº 735, de 11 de março de 2014[14], que regulamenta a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, configurando a educação permanente e gestão participativa. A residência multiprofissional em saúde mental de no município surgiu como estratégia da média complexidade, sendo os residentes incluídos nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tais como: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e Centros de Saúde da Comunidade (CSC) vinculados também ao NASF - AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) e Equipes de Consultório na rua.

As residências multiprofissionais em saúde compreendem um vasto campo de construção e saberes, sendo visível a transversalidade na prática, num contexto de equipe. Para além do processo de relação com a equipe multiprofissional, papel político dos profissionais do SUS, torna-se necessário fortalecer o núcleo profissional, tendo em vista as necessidades de educação permanente e construção de uma visão crítica da atuação clínica mesmo num contexto de residência multiprofissional. A proposta não é de uma clínica tradicional, que avalia somente a doença e pouca se

---

[10] Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 287, de 08 de outubro de 1998.
[11] Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.
[12] Ministério da Educação. Resolução nº 02, de 04 de maio de 2010.
[13] Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria de Saúde. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Portaria conjunta SEMUS/FESP Nº 001, de 04 de Fevereiro 2016.
[14] Prefeitura Municipal de Palmas. Decreto nº 735, de 11 de março de 2014.

observa o contexto social, trata- se de uma clínica ampliada, visto que a doença é somente uma parte na vida dos sujeitos, não o todo. O sujeito é biológico, social e subjetivo[15].

De acordo com as reflexões acima, pode-se notar que a educação permanente é essencial para todas as profissões da saúde, como uma forma de repensar as práticas, construir individual ou coletivamente. A residência multiprofissional em saúde mental de Palmas busca cumprir esse papel, e com a inclusão de novas categorias como terapeutas ocupacionais, pretende-se efetivar o princípio da integralidade do acesso e do atendimento em saúde.

Nesse sentido, o presente estudo buscou sistematizar e analisar o processo de construção do raciocínio clínico da profissional terapeuta ocupacional residente em saúde mental, como forma de efetivar as intervenções e contribuir para o processo de ensino-aprendizagem da Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Palmas/TO.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1.1 Caracterização da pesquisa

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa, caracterizando-se como descritiva e exploratória. Minayo define as pesquisas qualitativas como promotoras de significados e intencionalidade[16]. Envolve atos, pessoas, relações e estruturas sociais, podendo acontecer no surgimento como na transformação de construções humanas. Trata-se de uma pesquisa de campo, pois os dados foram coletados a partir da experiência no cenário de prática e também pesquisa documental, sendo analisados posteriormente os diários de supervisão de campo e de atendimentos individuais, bem como os relatórios de atendimentos realizados pela residente desta categoria profissional.

2.1.2 População e amostra

[15] Campos, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada–sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate, v. 25, n. 58, 2001, p. 98-111.

[16] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

Essa pesquisa foi desenvolvida a partir da experiência no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Palmas. Os CAPS são serviços articulados à Rede de Atenção Psicossocial (RAS) e têm a missão de dar um atendimento prolongado às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial[17].

No CAPS II existe uma equipe atual de 28 profissionais, incluindo os profissionais residentes em saúde mental: psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, artesã, assistentes administrativos, vigilantes e auxiliares de serviços gerais. Em relação aos profissionais de terapia ocupacional, vale destacar que há somente 2 profissionais no cenário de prática, sendo uma residente de terapia ocupacional e uma profissional em contrato pelo munícipio. Atualmente, este serviço possui cerca de 700 usuários ativos, os quais participam dos grupos terapêuticos, ou de atendimentos individuais e consultas médicas.

Foram selecionados 2 casos de atendimentos individuais para contextualizar a construção do raciocínio clínico da residente a partir da prática. Os relatórios de atendimentos serviram de base para a escrita dos diários de campos acerca das intervenções.

2.1.3 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Como descrito anteriormente, os instrumentos foram os relatórios de atendimentos e diários de campo (acerca dos atendimentos e das supervisões de terapia ocupacional), registros feitos no período do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no cenário do CAPS II no período de abril a agosto de 2019, compreendendo o segundo ano de residência. Os registros foram escritos semanalmente, após cada atendimento e supervisão.

2.1.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram avaliados de acordo com a análise de conteúdo por categoria, proposta por Bardin[18], o foco é nas informações coletadas, podendo

[17] Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.
[18] Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 229.

ter uma categoria temática. O objetivo da análise é a organização dos achados para confirmar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade. Na análise de conteúdo proposta, as categorias podem ser rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. Posteriormente essas categorias foram analisadas e contruídos os tópicos de resultados, sendo discutidos a partir do referencial teórico.

2.1.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) via Plataforma FormSUS, buscando autorização para realização da pesquisa junto ao CAPS II. Também foi encaminhado para autorização do Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, com parecer aprovado, número: 3.739.490. Posteriormente foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 19 relatórios, sendo 11 relatórios de atendimentos individuais do usuário A e 8 do usuário B. Os diários de campo foram escritos a partir de cada atendimento, representando também a quantidade acima. Acerca das supervisões de terapia ocupacional, foram escritos 13 diários de campo, adotando a identificação “F” ao se referir à supervisora. Ao total foram analisados 47 documentos, incluindo os diários de campo e os relatórios de atendimentos individuais.

Os resultados foram organizados e apresentados em dois tópicos: História clínica e contexto de tratamento no CAPS II e Aspectos do relato da experiência do terapeuta ocupacional.

3.1. História clínica e contexto de tratamento no CAPS II

Adentrando ao assunto que pretende-ser abordar, torna-se necessário apresentar os dois casos a partir de uma breve história de vida e do contexto clínico, para então discutir sobre o raciocínio clínico. Os participantes da pesquisa são admitidos no CAPS II de Palmas e realizam pelo menos 1 tipo de atendimento no serviço, seja atendimento individual ou grupo terapêutico.

Segundo Figueiredo[19] a construção do caso clínico é realizada a partir de contribuições da equipe multiprofissional, na qual a proposta é recolher da experiência do sujeito, de seu discurso, por vezes já evidenciado especificamente a algum profissional, os elementos necessários para esta construção. Pode ser passível de mudanças pelo caminho, conforme a dinâmica do sujeito e da equipe que o assiste.

3.1.1 Usuário A

Natural da cidade de Pedro Afonso -TO, onde reside com um tio. Tem 37 anos e possui o diagnóstico de esquizofrenia paranóide estabelecida no início da fase adulta. É beneficiário de auxílio doença. Anterior ao adoecimento trabalhou no Exército e na Assembleia Legislativa. Não há suporte social de demais familiares, somente do tio e esposa responsáveis pelo usuário. Este apresenta sintomas positivos da esquizofrenia: agitação psicomotora, desorganização do pensamento e delírios persecutórios. Participa do CAPS II de Palmas há cerca de 10 anos. No serviço realizava acompanhamento individual somente com psiquiatra. Dos grupos oferecidos por este serviço de saúde, interessa-se por atividades de expressão artística, tais como pinturas e desenhos. Por outro lado, demonstra dificuldades na adesão e participação em grupos que envolvam grande concentração e reflexão, como filmes e rodas de conversa. Selecionado para a terapia ocupacional a partir de observações da residente quanto ao mesmo, sem plano de cuidado e objetivos específicos no serviço, bem como, sem referência profissional no cuidado.

3.1.2 Usuário B

É Natural da cidade Palmas-TO, onde reside com os avós. Os pais faleceram na infância. No acolhimento inicial, relatou depressão e ideação suicida (sintomas), tendo já apresentado vozes de comando. Sem diagnóstico específico. No primeiro atendimento de terapia ocupacional relatou estar mais estável, sem pensamentos de morte, porém apresenta sintomas de pânico frequentes. Refere sentimentos de solidão, que piora os sintomas (taquicardia, sensação de morte, pensamento persecutório). Diferentemente do

---

[19] Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, 7, p. 75-86.

usuário A, o usuário B iniciou admissão no CAPS II em data recente de 08 de agosto de 2018, cerca de 5 meses do primeiro atendimento de T.O. No CAPS II só participava da psicoterapia individual e do grupo de meditação (não soube dizer o porquê foi direcionado a estas atividades). Em seguida, foi encaminhado para a terapia ocupacional pela profissional residente de psicologia que o atendia em psicoterapia individual, visando organizar o cuidado e aumentar o repertório ocupacional de interesse do usuário.

3.2 Aspectos do relato da experiência do terapeuta ocupacional

3.2.1 A construção do raciocínio clínico no CAPS II

Os resultados indicaram a subjetividade do processo de aprendizagem da profissional residente. De início pode ser observado que surgiram muitas expressões que descreveram as **angústias** e **inseguranças** enfrentadas nos atendimentos individuais, pelas particularidades dos casos atendidos associadas ao contexto clínico da terapia ocupacional. Alguns relatos conseguem descrever esses **sentimentos iniciais**:

> ***"****Usuário possui uma história de vida bastante complexa. Despertou sentimentos de insegurança, ansiedade e impotência, também pela minha inexperiência." - Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do usuário B.*
>
> *"Os desafios que fica para os demais atendimentos é: saber lidar com com a agitação psicomotora do usuário que apresenta esquizofrenia paranóide e por vezes não consegue livrar-se dos sintomas" - Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento individual com o usuário A.*
>
> *"No início também fiquei um pouco frustrada do planejamento não ter ocorrido como o esperado".- Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento individual com o usuário A.*

Acerca desses sentimentos expressados pela residente, Inojosa[20] consegue abarcar essas nuances do acolhimento em sua afirmação ao dizer que "na prática temos de um lado alguém com medo, com dor, com ansiedade e, de outro lado alguém bastante pressionado e às vezes endurecido exatamente pelo ofício de lidar com o medo e a dor". Deste modo, torna-se importante analisar esse contexto de prática. Essas inseguranças

---

[20] Inojosa, Rose Marie. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 2005. p. 18-21.

que foram expressas por uma maior ansiedade e sentimentos de impotência, de início podemos observar que trata-se da inexperiência da profissional frente as demandas e necessidades dos usuários, situação que é comum no início da vida profissional, principalmente na terapia ocupacional, uma profissão que ainda enfrenta diversas questões de identidade. Também é importante resaltar as expectivas que os profissionais enfrentam consigo mesmos e com os pacientes, por vezes acontece a frustração por não conseguir o idealizado, fazendo com que se questione sobre a atuação profissional.

Ao relatar sobre a **serviço** e a **equipe multiprofissional** em relação ao paciente crônico:

> "[...] *Novamente fomos interrompidos pois 'precisavam da sala'. Observei uma falta de ética e respeito com a equipe, principalmente no atendimento aos pacientes crônicos.* [...]". - *Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento individual com o usuário A.*
>
> *"Sinto que o vínculo foi sendo estabelecido de forma natural, pela necessidade que o mesmo apresentou de ser cuidado. Em todos os ambientes se colocava e poucos davam atenção, conhecido como o "louco" e 'surtado', até pelos próprios profissionais..." – Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do Usuário A.*

Acerca da equipe especificamente, Schulze[21] traz experiências de pessoas com transtorno mental e de familiares, frente ao estigma dos profissionais de saúde. As atitudes foram definidas como: "desanimadoras ou desencorajadoras, reduzindo o paciente ao déficit de sua doença". Esse contexto por diversas vezes foi discutido nas reuniões de equipe mutiprofissional buscando solucionar essa problemática, pois o serviço (CAPS II) por algumas questões de espaço físico, de ausência de profissionais e de perfil específico, as prioridades aconteciam em torno dos acolhimentos iniciais de demandas espontâneas (aqui as priorizações de salas) e dos casos considerados mais "graves" com tentativas, planejamentos e ideações suicidas, em síntese, os pacientes depressivos, sendo muitas as ações de grupo e de atendimentos individuais voltadas para esse público, e poucas ações específicas para os usuários psicóticos.

---

[21] Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. Int Rev Psychiatry. 2007, Apud Uemura L, Mariotti MC Muñoz Palm RC. Estigma e transtorno mental: perspectiva do terapeuta ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015.

É inegável a importância das ações voltadas para as pessoas depressivas, o olhar ampliado e o cuidado integral, tendo em vista a complexidade das histórias de vida, porém o CAPS necessita reconectar ao objetivo proposto de reinserção social, e estar atento também aos pacientes crônicos como o usuário A. Para ele, o CAPS havia se tornado apenas um serviço de convivência (que também é essencial), mas não somente. O tratamento e o cuidado específico foi sendo efetivado a partir dos atendimentos de terapia ocupacional com o olhar para as necessidades e demandas do usuário.

Nos relatos pode-se observar também algumas dificuldades com a **identidade** do T.O no contexto clínico:

> "*Pensei se o usuário não precisaria mais de psicologia do que terapia ocupacional…" - Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento individual do usuário B.*
>
> *"O medo é do atendimento virar psicoterapia, pois o usuário sempre fala constantemente de suas demandas e com pensamento delirante. Por vezes interessa-se somente por conversar. Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do usuário A.*

Algumas dessas dúvidas e questionamentos apresentados, dizem respeito à identidade profissional. Segundo a literatura, a identidade da ação do terapeuta ocupacional pode ser avaliada de duas formas: referenciais teóricos e ações[22]. Ademais, Marcolino[23] também descreve que muitas vezes o profissional não possui clareza do objeto de estudo e apresenta dificuldades em nomear o que faz. Observamos então que a segurança da identidade profissional está diretamente ligada ao preparo do profissional, os conhecimentos teóricos articulados à prática. Esse ponto pode ser trabalhado em supervisões, vislumbrando o enfrentamento dessa problemática favorecendo o processo de aprendizagem.

Além dos relatos iniciais acima, também foi possível identificar sentimentos de **pertencimento** e **satisfação**:

---

[22] Mângia EF, Nicacio F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: Terapia ocupacional no Brasil : fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001.
[23] Marcolino, T. Q. (2014). Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Reflections on clinical reasoning in mental health occupational therapy: the case of the occupational therapy dynami. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.

> *"[...] Venho relaxando e deixando um ambiente mais calmo e tranquilo para nós dois [...]. Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do usuário B.*
>
> *"Como terapeuta, sinto que os objetivos estão começando a ser atingidos, sendo o primeiro o vínculo terapêutico e a permanência na sessão. Estou conseguindo esperar o momento do mesmo, buscando por meio da expressão e da arte construir o vínculo. Necessário deixá-lo conduzir e ir intervindo" - Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do Usuário A.*
>
> *"[...]O espaço está sendo construído como um momento dele, de importância, escuta e expressão[...]". Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do usuário A.*

Esses sentimentos positivos frente aos atendimentos, foram marcados pela construção do vínculo terapêutico, favorecido pela prática dos aspectos trabalhados em supervisão. O "pertencimento" e a "satisfação" como descritos, foram observadas a partir dos resultados das ações e do raciocínio clínico frente às demandas. De acordo com Castro (2005, p. 00) é "no encontro entre terapeutas e pacientes que ocorre a construção das práticas, das propostas de intervenção e do exercício da terapia ocupacional". O vínculo é compreendido através das falas, do comportamento observado, de um maior relaxamento e intimidade frentes as questões propostas. Também quando se estabelece uma relação de confiança que permite identificação e possibilita ao usuário pensar por si mesmo e tomar iniciativas para atingir um objetivo.

O *setting* terapêutico permite a expressão de sentimentos, ideias e ações. Com os casos em específico buscou-se criar esforços para superar as dificuldades e ansiedades iniciais para que juntos, terapeuta e usuário pudessem articular e construir o cuidado. Foi possível através da escuta sensível e do olhar ampliado sobre a história de vida dos mesmos. Nas supervisões foi abordado o comportamaneto necessário do profissional, que deve buscar sustentar (controlar as ansiedades, expectativas) e permitir as expressões de sentimentos, angústias e desejos do cliente. Segundo Castro[24] "o outro interage conosco, responde ou não às nossas ações e, por sua vez, provoca respostas em nós. Nossa humanidade básica depende desse sentimento de ligação, desta experiência vincular".

Alguns relatos sobre a **análise de atividades** dos atendimentos individuais:

---

[24] de Castro, E. D. (2005). Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 16(1), p.14-21.

> *"Observo que essas atividades de começo, meio e fim são mais eficazes com o usuário por conta da ansiedade. Concluir a pintura foi importante, tendo em vista seus projetos não concluídos na vida." -* ***Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do*** *Usuário B.*

> *"A cada reunião com a F., vejo um norte sobre as coisas, muitas que não conseguia visualizar sozinha, como a música nesse atendimento para o usuário A, seus significados pessoais, saber investigar e atuar nisso faz parte da análise da atividade" - Terapeuta ocupacional em relação ao atendimento individual com o usuário A.*

A análise de atividades trata-se do elemento principal na prática e o que diferencia o terapeuta ocupacional das demais profissões. Essa análise refere-se ao raciocínio clínico, que abrange todos os aspectos da intervenção, antes, durante e depois. Deste modo, o documento da American Occupational Therapy Association compreende que:

> "A análise do desempenho ocupacional requer a compreensão da interação complexa e dinâmica entre os fatores dos clientes, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e os contextos e ambientes, juntamente com as exigências da ocupação da atividade a ser realizada" (AOTA, 2015)[25].

O texto "O mito da atividade terapêutica"[26], traz diversas reflexões quando ao uso de atividades, pois por muito tempo acreditou-se que qualquer atividade poderia ser terapêutica se tivesse algum objetivo. As atividades já foram utilizadas como forma curativa, de forma laboratorial, com treinos, exercícios e avaliações constantes. A autora aborda sobre a importância da psicodinâmica da atividade, de retomar os significados e sentidos nas intervenções e produzir condições que vençam a exclusão social, com ação conjunta e transformadora entre terapeutas ocupacionais e pacientes.

---

[25] American Occupational Therapy Association et al. Standards of practice for occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy, v. 69, n. 6913410057, 2015.

[26] Nascimento, Beatriz Ambrósio. O mito da atividade terapêutica. Revista de Terapia Ocupacional da USP, v. 1, n. 1, p. 17-21, 1990.

3. 2.2 Contexto da experiência de Supervisão de Terapia Ocupacional.

Acerca das supervisões e da experiência com a aprendizagem, os resultados dos diários de campo identificaram esse contexto, sendo abordados os aspectos que descrevem em sua maioria a experiência da profissional residente.

Sobre o **cansaço** e **ansiedade** identificados nesse **processo de aprendizagem**:

> *"As escritas dos relatórios se configuraram como um processo desgastante, além das leituras propostas. O trabalho extra CAPS se tornou grande em proporção, contribuindo para o cansaço mental. Ao mesmo tempo nesse período de coleta de dados, o serviço (CAPS II) passou por reestruturação e com intensa rotina de trabalho, na participação em diversos grupos e atendimentos individuais. Uma das maiores dificuldades foi conseguir estudar os referenciais teóricos adequadamente a partir da demanda nos atendimentos."-Terapeuta ocupacional em relação às supervisões de terapia ocupacional com a F.*

> *"Comecei a reunião apreensiva, pois não tinha lido os textos passados. Somente uma parte deles. O principal 'trilhas associativas' não li ainda. Nesse momento estou tendo uma rotina muito pesada de atendimentos individuais e grupos."- Terapeuta ocupacional em relação às supervisões de terapia ocupacional com a F.*

A partir da análise dos resultados, foram muitas as expressões que definiram o cansaço, a ansiedade e o desgaste emocional frente à essas tarefas de aprendizagem (escrita sistemática dos diários e supervisão, bem como os relatórios de atendimentos), além de todas as outras responsabilidades já existentes na residência. Segundo o artigo: "Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde - Cahú (2014)", foi avaliado um grupo de 45 residentes de diversas categorias em Pernambuco, e "verificou-se que 77,8% dos pesquisados apresentam estresse, 37,8% predominam sintomas psicológicos e 17,8% estão com estresse em agravamento. Na percepção sobre qualidade de vida, 33,3% a avaliam como ruim; sobre a satisfação com a saúde, 42,2% estão insatisfeitos".

Apesar de ser apenas um recorte de um realidade, essa estudo pode trazer diversas reflexões acerca desse contexto do profissional residente, e todos os fatores de vida, incluindo a saúde. Pode-se afirmar que essas tarefas se confguraram como fatores

estressores para a residente no período de atuação no CAPS II, frente a todas as mudanças de rotina que aconteceram no serviço.

Sobre a **transferência** e **contratransferência** abordada nas supervisões**:**

> *"Nesse dia conversamos sobre a transferência e contratransferência que pode acontecer no decorrer dos atendimentos e da relação terapêutica. Não é um processo fácil saber separar os sentimentos que surgem a partir do comportamento do usuário, mas é um treino".- Terapeuta ocupacional em relação às supervisões de terapia ocupacional com a F.*
>
> *"Após a orientação fiquei pensativa. Sinto que o mesmo me coloca numa posição de amiga. Me desperta insegurança e impotência frente às resoluções de conflitos e da vinculação ao mesmo no atendimento. Umas das maiores dificuldades é controlar a ansiedade e necessidade de controle. Estar disponível mas não sofrer com a rejeição.-**Terapeuta Ocupacional em relação ao atendimento do** Usuário B.*

As questões tranferenciais discutidas em supervisão foram de grande relevância, sendo observada na prática. Torna-se importante construir uma relação tereapêutica em que esse vínculo seja positivo para o usuário e para o tratamento. A contra-tranferência deve ser analisada a cada encontro, no caso dos atendimentos individuais, com a escrita dos diários foi possível identificar alguns aspectos a serem trabalhados na supervisão. O papel do profissional frente ao atendimento, deve ser "indicar caminhos, ensinar, educar, orientar, como atitudes positivas e ativas da terapeuta ocupacional".[27]

Orientações, esclarecimentos e abordagem teórica:

> *"As orientações da F. tem me ajudado a observar os aspectos da construção das avaliações antes não visualizadas."- Terapeuta ocupacional em relação às supervisões de terapia ocupacional com a F.*
>
> *"No dia iniciei a reunião mais tranquila, menos apreensiva pelo que ia acontecer, pois havia lido o texto, estava mais confiante. Ler o livro 'Trilhas Associativas' da Jo Benetton, me ajudou a*

[27] Benetton, Jô; Marcolino, Taís Quevedo. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in the Dynamic Occupational Therapy Method. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 21, n. 3, 2013.

pensar e observar os atendimentos".-Terapeuta ocupacional em relação às supervisões de terapia ocupacional com a F.

"Me analisando agora enquanto terapeuta, vejo alguém mais preparada e produzindo sentimentos de pertencimento mútuo entre profissional e usuários. Pesquisar a atividade adequada, a mudança de espaço e a condução do atendimento mostra um preparo e raciocínio clínico mais amplo".- Terapeuta ocupacional em relação às supervisões de terapia ocupacional com a F.

As referências utilizadas que contribuíram para o raciocínio clínico compreendem especificamente o raciocínio clínico narrativo e o Método da Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). Muitas foram as discussões que levaram a utilização do método nos atendimentos individuais, principalmente com o usuário A.

"No MTOD, então, o significado do cotidiano do sujeito alvo, nos aspectos individuais e sociais, é o fundamento principal para a sua inserção social. É, enfim, por meio dessa significação que o sujeito alvo, como cidadão, toma em suas mãos seu jeito de ser, para impor a sociedade que o receba desse jeito mesmo e que não precise esperar pela mudança social para nela se inserir. Nesse sentido, ele mesmo se torna agente dessa mudança" [28].

Alguns autores defendem o ponto de vista do raciocínio clínico narrativo. Abordam que nesse tipo de raciocínio, o terapeuta ocupacional se preocupa com as singularidades dos casos, tanto para construir maior compreensão, ao relatar as histórias sobre os pacientes, como para direcionar o processo terapêutico de forma a estabelecer uma história terapêutica de sucesso.[29] O raciocínio clínico narrativo pode ser efetivado a partir da escrita de diários de campo, como aconteceu na prática da profissional residente.

Apesar das dificuldades enfrentadas, quando realizadas as leituras prévias, os encontros aconteciam de forma dinâmica, com maior autonomia da profissional residente nas discussões. As leituras contribuíram para minimizar a ansiedade com o encontro com o usuário, proporcionando maior preparo profissional. A escrita dos diários apesar do cansaço expresso, tratou-se de um instrumento de extrema importância contribuindo para análise das atividades e reflexões das práticas. Segundo Pfeifer[30], o terapeuta ocupacional refletindo sobre as decisões clínicas pode visualizar outros caminhos para os problemas existentes na prática.

---

[28] BENETTON, Maria José. Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional. Campinas: Arte Brasil Editora, 2006.
[29] Marcolino, T. Q. (2014). Idem.
[30] Pfeifer, Luzia Iara. (2010). Idem.

Esse contexto de aprendizagem favoreceu principalmente a reflexão sobre a intervenção, as potências e fraquezas, bem como as possíveis alterações e modificações na prática. O terapeuta com esse olhar ampliado pode vislumbrar outros caminhos antes não observado, ampliando assim o olhar e as possibilidades acerca da clínica da terapia ocupacional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação permanente trata-se da prática vivenciada e vem como uma exigência na formação e através da atuação nos diversos cenários de prática. Requer do profissional novas formas de encarar o conhecimento, buscando cada vez mais o saber fazer e tem por objetivo formar seus indivíduos e auxiliar quanto ou desenvolvimento de suas capacidades, preparando-os para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da sociedade.[31]

Foi possível concretizá-la através das supervisões de terapia ocupacional, a partir da educação continuada (residência). Contribuíram para sanar algumas angústias, dúvidas e dificuldades enfrentadas. Nos encontros com a terapeuta ocupacional, foram muitas foram as descobertas e possibilidades na condução dos casos. As atividades foram utilizadas a partir da demanda dos usuários e com as orientações nas supervisões, observando cada perfil, os significados, contextos e objetivos a serem alcançados. A cada encontro foi construído vínculo que contribuiu também para o suporte social nesse período da residência.

Pode-se observar que a experiência a partir dos relatos da residente levaram em conta os aspectos subjetivos do processo, bem como os sentimentos expressos, tanto positivos quanto negativos no período de residência. É observado a questão da saúde mental, do estresse e as angústias enfrentadas.

Escrever os diários de campo das supervisões ao final de cada encontro também foi um desafio segundo a residente, mas trouxe sentimentos de acolhimento e liberdade para expressar os sentimentos existentes do profissional. A cada escrita era observado um andamento quanto ao encontro anterior, algumas questões solucionadas, outras pendentes, porém sempre com muitas reflexões da prática, bem como da atuação enquanto profissional residente no CAPS II. O diário de campo pode ser identificado

[31] Morin, 2002. Idem.

como um potente intrumento para o raciocínio clínico, com diversas possibilidades de análises, dentre elas os aspectos iniciais, e os desdoramentos das intervenções.

Pode-se concluir que o raciocínio clínico da profissional foi sendo efetivado e identificado nos relatos, a partir das mudanças de práticas, quando realizadas as análises de atividades, a articulação teórico-prática e a escolha do Método da Terapia Ocupacional Dinâmica enquanto modelo teórico, bem como quando trabalhadas as questões de trasferência e contrantratranferência nos atendimentos. Consequentemente, o vínculo terapêutico foi sendo estabelecido, sendo produzido sentimentos positivos tanto para o usuário, como para a residente, minimizando as ansiedades e inseguranças iniciais.

Os objetivos específicos da pesquisa: Descrever a experiência de raciocínio clínico da terapia ocupacional na residência multiprofissional; Identificar o raciocínio clínico a partir dos pressupostos e modelos de intervenção da prática profissional e Discutir sobre o processo de ensino-aprendizagem da terapia ocupacional na residência em saúde mental, foram alcançados, sendo respondidos e discutidos a partir dos resultados.

Por fim, essa pesquisa se trata apenas de um início de uma construção de conhecimentos em terapia ocupacional na residência em saúde mental de Palmas, busca-se com a mesma inspirar novos residentes e terapeutas ocupacionais a escreverem sobre a experiência do raciocínio clínico nas residências, uma vez que são poucos os estudos que abordam especificamente a temática. Outrossim, com base no estudo apresentado propõe-se novos trabalhos, analisando o raciocínio clínico em diversos contextos a partir de outras intrumentos, dentre eles: grupos focais, entrevistas individuais associados à residência multiprofissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pfeifer, Luzia Iara. Trabalhando a formação de Terapeutas Ocupacionais reflexivos. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 8, n. 2, 2010.

2. Rogers. J. C. Eleanor Clarke Slagle Lectureship – 1983 – clinical reasoning: the ethics, Science and the art. The American Journal of Occupational Therapy, v.37, n. 9, 1983.

3. World Federation Of Occupational Therapists - WFOT. Position Statement Activities of Daily Living. [s.l.]: WFOT, 2012

4. Morin, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez, 2002.

5. Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 jul 2005.

6. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 287, de 08 de outubro de 1998. Diário Oficial da União. 15 jul 2003.

7. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. 13 nov 2009.

8. Ministério da Educação. Resolução nº 02, de 04 de maio de 2010. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. Diário Oficial da União. 05 mai 2010.

9. Prefeitura Municipal de Palmas. Secretaria de Saúde. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. **Portaria conjunta SEMUS/FESP Nº 001**, de 04 de Fevereiro 2016.

10. Prefeitura Municipal de Palmas. Decreto nº 735, de 11 de março de 2014. Regulamenta a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e institui o Sistema Integrado Saúde-Escola do Sistema Único de Saúde – SISE-SUS, no âmbito do Município de Palmas – TO e adota outras providências. Diário Oficial do Município de Palmas. 11 mar 2014.

11. Campos, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada–sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, 2001.

12. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

13. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 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. 20 fev 2002.

14. Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

15. Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, 7.

16. Inojosa, Rose Marie. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 2005.

17. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. Int Rev Psychiatry. 2007 Apud Uemura L, Mariotti MC Muñoz Palm RC. Estigma e transtorno mental: perspectiva do terapeuta ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015.

18. Mângia EF, Nicacio F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: Terapia ocupacional no Brasil : fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001.

19. Marcolino, T. Q. (2014). Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Reflections on clinical reasoning in mental health occupational therapy: the case of the occupational therapy dynami. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 22(3).

20. de Castro, E. D. (2005). Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 16.

21. American Occupational Therapy Association et al. Standards of practice for occupational therapy. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 69, n. 6913410057, 2015.

22. Nascimento, Beatriz Ambrósio. O mito da atividade terapêutica. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 1, n. 1, 1990.

23. Benetton, Jô; Marcolino, Taís Quevedo. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in the Dynamic Occupational Therapy Method. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 3, 2013.

24. BENETTON, Maria José. Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional. **Campinas: Arte Brasil Editora**, 2006.

Revista para publicação: Revista de Terapia ocupacional da USP.

http://www.revistas.usp.br/rto/about/submissions

Riscos para Transtornos Mentais Comuns em Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Palmas-TO

Risks for Common Mental Disorders in Residents of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health of Palmas-TO

Riesgos para los trastornos mentales comunes en los residentes del Programa de residencia multiprofesional en salud mental de Palmas-TO

Flávia Noleto Leite[1]

Jonatha Rospide Nunes [2]

[1,2] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas- FESP e Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA.

Correspondência

F. N. Leite

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas- FESP, (405 Sul Avenida LO 9, s/n - lote 11, 2 piso)

flanoletoleite@gmail.com

Resumo

O objetivo do trabalho foi analisar a ocorrência de Transtorno Mental Comum (TMC) entre os residentes do primeiro ano (R1) e segundo ano (R2) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Palmas- TO. Tratou-se de uma pesquisa de campo, com estudo descritivo, de abordagem quantitativa e de corte transversal, de amostragem não probabilística, realizado com os estudantes R1 e R2. O estudo foi realizado nos cenários de prática onde atuam os residentes. Os dados foram coletados através do questionário de Pesquisa estruturado (Self- Reporting Questionnaire (SRQ), e um questionário complementar semiestruturado, afim de levantar tempo de início dos sinais e sintomas presentes no SRQ e outras perguntas pertinentes para avaliação de TMC. Os resultados da pesquisa mostraram, que após a comparação entre R1 e R2 foi identificado que os R1 apresentam suspeitas de TMC conforme os critérios estabelecidos de avaliação de pontuação do SRQ-20, e déficit no estado de saúde, em relação a fatores extrínsecos e intrínsecos ao processo de formação. Porém, apesar de a maioria dos R1 (5) ter tido resultado igual ou maior que 8 no SRQ, um número significativo dos R2 (6) também obtiveram. De forma geral, no total de 21 residentes tanto R1 quanto R2, 11 residentes tiveram resultado igual ou maior que 8. No questionário complementar, embora os R1 tenham demonstrado mais insatisfação com o programa de residência (75%), um número significativo de R2 também estão (38,40%). Já em relação as expectativas com o ritmo de trabalho, embora a maioria dos R1 estejam com expectativas negativas em 37,5% (R2 15,3%), no item precisa melhorar R1 (50%) e R2 (46,10%) está quase igual. Dessa forma, é necessário sensibilizar a gestão e os trabalhadores dos serviços onde atuam os residentes, para pensar em estratégias e ofertar apoio para esses profissionais durante o processo de formação.

Saúde Mental; especialização; serviços de saúde

Introdução

Segundo a Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007 que Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e que institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde é concebida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da área das Ciências da Saúde, de caráter ensino em serviço, contando com uma carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de 2 anos. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) contempla as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. As práticas em saúde destes profissionais serão direcionadas pelos princípios e diretrizes do SUS, conforme as necessidades de saúde, bem como a realidade local e regional. [1]

Dessa forma, o programa de residência multiprofissional em saúde do município de Palmas/TO é uma especialização voltada para a atuação em diversos cenários de prática em saúde (locais onde os residentes atuam), cenários de ensino teóricos em saúde (tutorias e preceptorias) e eventos teóricos- práticos de saúde (congressos, cursos, simpósios, oficinas, etc.). A proposta metodológica está embasada em metodologias ativas ou inovadoras de ensino-aprendizagem, uma vez que estas proporcionam ao especializando autonomia e protagonismo na construção do conhecimento. Tal construção é embasada na realidade dos cenários de prática e ensino, através da identificação de problemas, busca de evidencias na literatura para fundamentação de intervenções .[2]

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM), tem como objetivo potencializar o fortalecimento do processo da reforma psiquiátrica, bem como promover a qualificação da política pública de saúde mental. O plano integra uma aprendizagem conjunta entre os residentes de diferentes categorias profissionais e trabalhadores dos serviços considerados cenários de prática. No Programa são desenvolvidas competências necessárias para a realização de um trabalho coletivo em equipe e responsabilidade com a integralidade da assistência em saúde. O programa reforça a necessidade da interprofissionalidade e das práticas colaborativas. Para tanto, aposta na rede de atenção psicossocial (RAPS) como cenário

privilegiado para os processos de ensino-aprendizagem, possibilitando a ampliação dediversas formas de cuidar. [3]

O programa de Residência em saúde Mental em Palmas- TO, é composto pelos seguintes cenários, sendo que os R1 e R2 atuam 8 meses em cada serviço, são eles: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); Consultório na Rua (eCR), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Ambulatório infanto-juvenil. Esse processo de inserção dos residentes acontece da seguinte maneira: os R1 são divididos em dois grupos e depois em subgrupos de categorias profissionais, como por exemplo, no total de 10 residentes, 5 vão para um canário e 5 vão para o outro cenário. Dentro desses grupos divididos, existem variedades de categorias profissionais que são subdivididos para os cenários de saúde conforme as necessidades desses serviços. Assim sendo, os R1 passam primeiramente pelos dois CAPS (CAPS AD III e CAPS II) atuando 8 meses em cada um desses serviços, acompanhados pelo preceptor do serviço. Os R2 atuam nos NASF, EcR e ambulatório infanto-juvenil, passando também 8 meses nesses cenários, sendo intercalados os dias de cada cenário entre EcR, NASF e ambulatório infanto-juvenil.

Atualmente vem aumentando o número de pesquisas a respeito da saúde mental dos estudantes das áreas ciências da saúde. Essas pesquisas mostram que fatores extrínsecos e intrínsecos relacionados ao ambiente de trabalho, campo de aprendizagem prática, que os discentes estão inseridos, assim como os conhecimentos teóricos se tornam desafiantes para esses indivíduos. Soma-se a isso o sentimento de dever, obrigação e responsabilidade que fazem parte do cotidiano de cada um. Nesse contexto torna-se importante compreender o processo de trabalho e os impactos que podem promover no âmbito biopsicossocial desses estudantes, para que haja identificação de demandas que geram sofrimento e agravos, levando em consideração o contexto de vida fora e dentro do cotidiano de estudos e ambiente de trabalho.[4]

O residente é considerado um agente de mudanças ou agente transformador, que leva para os cenários novas propostas e olhares para mudanças de rotinas e condutas, possibilitando a qualificação da oferta dos serviços prestados. E no desenvolvimento do conjunto de atividades teórico-práticas, teóricas e práticas da residência, o residente mobiliza aspectos biopsicossociais e que, dependendo de como ocorrer este processo, ele pode desenvolver (como uma consequência) alguns sintomas ou alterações nestas dimensões biopsicossociais, tais como, mudanças comportamentais e orgânicas, como alterações fisiológicas, queda da velocidade e desempenho do rendimento, alterações no controle e coordenação motora e fadiga, fatores que abrangem ambiente de trabalho, autoestima, situação de saúde e qualidade de vida [5].

A definição da saúde mental é multifatorial, pois abrange fatores biológicos, psicológicos, fisiológicos, físicos e sociais. Esses fatores em conjunto, quando estão dentro do processo de normalidade, são considerados um padrão eutímico. E qualquer fator que esteja sofrendo alterações, é considerado sofrimento mental ou perturbação mental. Existem alguns critérios importantes que são determinantes para definir o estado de saúde mental, que são: comportamentos positivos em relação a si mesmo, crescimento, desenvolvimento e auto realização e resposta emocional, autonomia e autodeterminação, percepção da realidade, domínio ambiental e competência social. No entanto, todo processo que altera esses fatores, pode causar prejuízos na saúde mental e levar a alterações comportamentais, tal como comportamento desorganizado ou anormal, sendo considerado transtorno mental, pois leva o indivíduo a um estado psíquico de anormalidades que consequentemente é considerado a etiologia de acometimentos e fragilidades biopsicossociais no contexto de vida da pessoa. [6]

É importante salientar que é fundamental a detecção de sinais precoces de perturbação mental, pois tais problemas quando tratados na fase inicial tem maior probabilidade de superação. A perturbação mental possui sinais e sintomas importantes, que necessitam de atenção e observação do próprio indivíduo, são eles: perda de interesses habituais, como família, tarefas do dia a dia e amigos, mudança de comportamentos em ambientes de convívio, problemas nas funções cognitivas, sensibilidade aumentada aos ruídos e claridades, sentimento de não pertencimento, mudanças de ideias e compreensões a respeito de acontecimentos e significados, perturbações no sono e apetite, medo e insegurança, alterações no autocuidado, mudanças grandes e rápidos nos sentimentos [7] .

Diante desse contexto de desordens na saúde mental, implicações no trabalho e no cotidiano, é comumente observado que estudantes levem consigo a carga de responsabilidades e deveres a serem cumpridos em seus cenários de atuação, podendo levar a uma “pressão” interna muito grande. Além disso, esta “pressão” pode estar inserida também na realidade externa desses indivíduos, ou seja, fora do ambiente de estudos e trabalho, por meio da cobrança de familiares e amigos .[8]

Esse excesso de demandas, tanto internas como externas, que os estudantes precisam mediar, podem produzir sinais e sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, tais queixas são consideradas transtornos mentais comuns (TCM), esses indicadores precisam ser investigados, avaliados e monitorados para posterior planejamento de estratégias de intervenções e plano de ação .[9]

Conforme uma pesquisa realizada em uma universidade do Paraná, os indicadores de risco para TCM supracitados no parágrafo acima, representa 37, 5% de indicação para TCM, considerando os grupos mais afetados as categorias: psicologia e Enfermagem .[10]

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa de campo com estudo descritivo de abordagem quantitativa e de corte transversal, realizada com estudantes do primeiro ano (R1) e segundo ano (R2) de Residência, do respectivo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Palmas -TO. O objeto do estudo foi avaliar os Riscos de TCM em R1 e R2. O Universo/amostra do estudo foram os R1 e R2 do Programa de Saúde Mental. A amostragem foi quantitativa não probabilística. A pesquisa aconteceu nos cenários de prática onde os residentes estavam lotados, nos Centros de Atenção Psicossociais, Consultório na Rua e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (CAPS AD III, CAPS II, EcR e NASF-AB) nos períodos entre Novembro a Dezembro de 2019, conforme disponibilidade dos residentes. Utilizou-se dois questionários, um questionário de Pesquisa estruturado chamado Self- Reporting Questionnaire (SRQ), e um questionário complementar semiestruturado criado pelos próprios autores da pesquisa, afim de levantar tempo de início dos sinais e sintomas presentes no SRQ e outras perguntas pertinentes para avaliação de TMC.

O SRQ surgiu a partir de um estudo colaborativo para estratégias de atendimento em Saúde Mental, com a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), tal estudo foi elaborado a partir de vivências e experiências de atendimentos na década de 70, pelo fato de existir lacuna e demanda de oferta efetiva de atendimento na área da Saúde Mental. A partir desse contexto histórico objetivou-se criar e validar um instrumento de rastreamento de riscos para TMC. O questionário apresenta 20 itens, que é propriamente conhecido como SRQ-20 e destina-se ao rastreamento de riscos para transtornos mentais menores ou comuns. Dentre suas vantagens estão, baixo custo, auto resposta, alto poder discriminante de diferenciar casos de não casos, fácil entendimento para pessoas com níveis de instrução e pode ser aplicados por terceiros a indivíduos. As respostas aos questionamentos do questionário SRQ-20 são compostas por itens em que a pessoa responde sim ou não. A análise é realizada por meio da interpretação das pontuações, sendo o ponto de corte 7/8. O escore de 8 ou mais expressa suspeita de transtornos do humor, transtorno de ansiedade e somatização. Escore de 7 ou menos expressa casos não suspeitos de TMC.

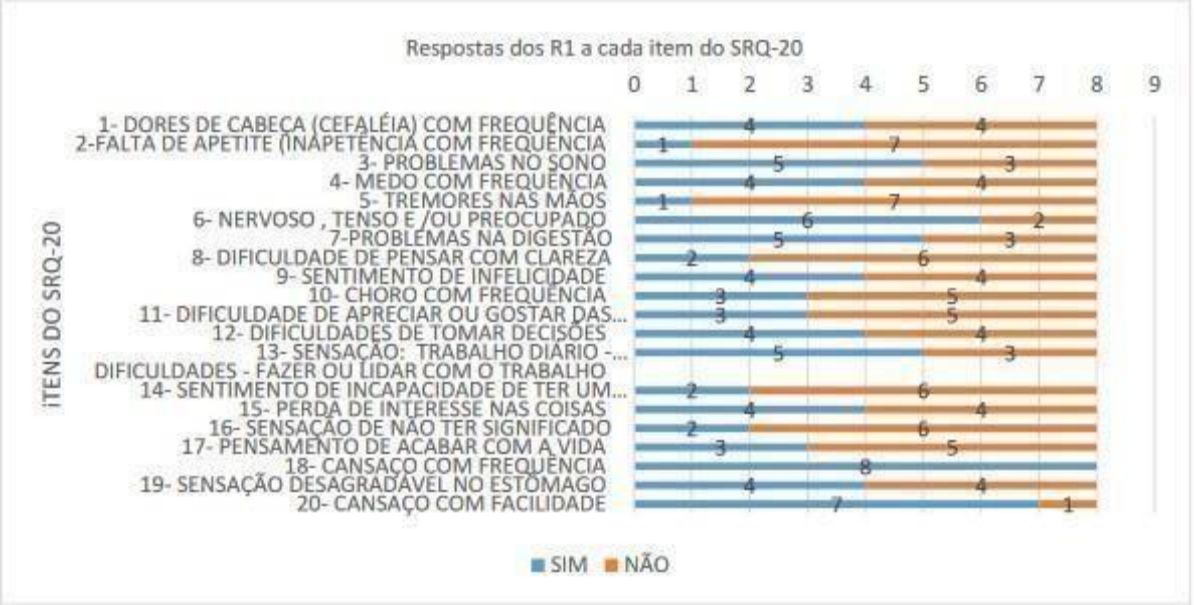
Cada resposta positiva equivale a uma nota 1, e respostas negativas equivale nota 0 . Na realização da pesquisa formam respeitadas todas as exigências de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos. [11]

O projeto da pesquisa foi cadastrado e aprovado na Secretaria Municipal de Saúde, avaliado e aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) com requisitos para cumprir com a pactuação e responsabilização mútua, bem como apreciado e aprovado na Plataforma Brasil do CEP Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12. CAAE 12974519.3.0000.9187 e parecer: 3.383.881.

Resultados

No total de 10 Residentes do primeiro ano (R1) de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, 8 participaram da pesquisa, e no total de 13 Residentes do segundo ano (R2) de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, todos participaram da pesquisa. Após a aplicação do questionário SRQ-20 e análise dos dados, foi obtido as seguintes informações aos itens conforme apresenta as figuras abaixo:

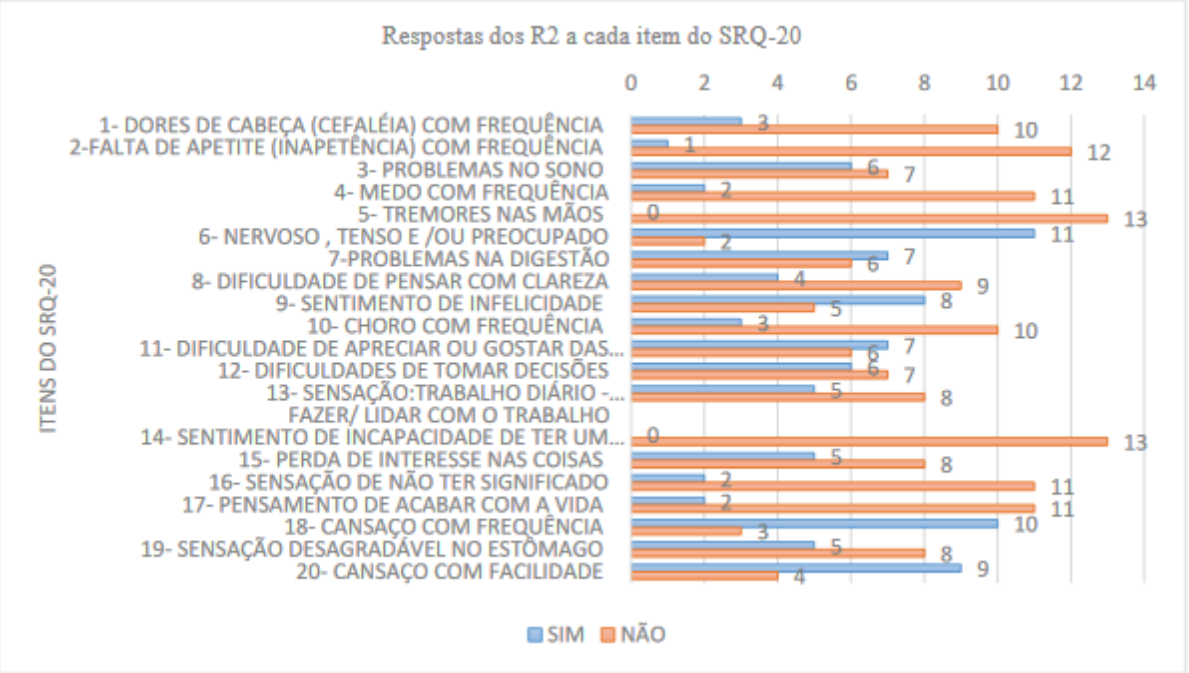
Figura 1. Informações sobre as Respostas afirmativas e negativas dos R1 a cada item SRQ-20.



Na figura 1 que apresenta informações sobre os R1 em relação ao instrumento de pesquisa SRQ-20, obtivemos 12 itens que foram afirmados pelos residentes, ao quais são: item 1 - Dores de cabeça (cefaleia) com frequência, a metade dos residentes (4 R1=50 %), responderam simà

pergunta. Item 3 -Problemas no sono (5 R1= 62,5%), item 4- Medo com facilidade (4 R1= 50%) , item 6 – Nervoso (a) tenso (a) ou preocupado (a), (6 R1=75 %) , item 7- Problemas na digestão (5 R1=62,5%), item 9 - Sentimento de infelicidade (4 R1=50 %), item 12- Dificuldades de tomar decisões (4 R1=50 %), item 13 - Sensação de que o trabalho diário é um sofrimento ou tormento e dificuldades de fazer ou lidar com o trabalho (5 R1=62,5% %), item 15 - Perda de interesse pelas coisas (4 R1=50 %), item 18 - cansaço com frequência (8 R1=100%), item 19 - Sensação desagradável no estômago (4 R1 =50%) , item 20 -Cansaço com facilidade (7 R1=87,5 %).

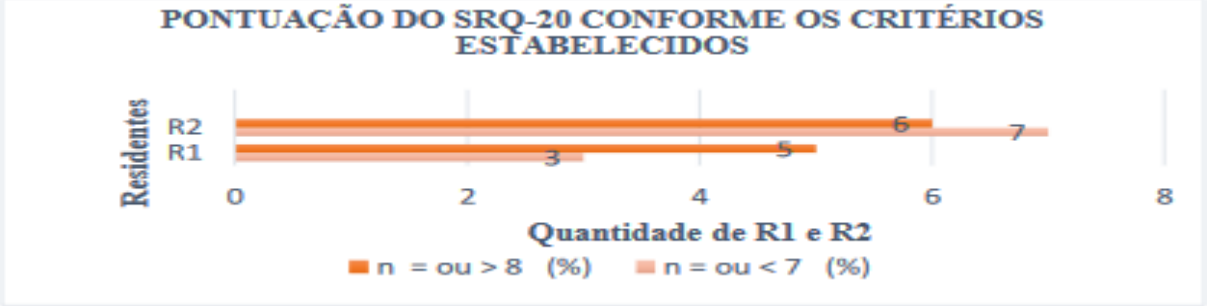
Figura 2. Informações sobre as Respostas afirmativas e negativas dos R2 cada item do SRQ-20:



Já na figura 2 que apresenta informações sobre os R2 em relação ao instrumento de pesquisa SRQ- 20, 6 itens obtiveram maiores pontuações afirmativas. Tais itens são: item 6 - Nervoso, tenso ou preocupado (11 R2= 84,6%), item 7- Problemas na digestão (7 R2 = 53,8%) item 9 - Sentimento de infelicidade (8 R2=61,6%), item 11- Dificuldade de apreciar ou gostar das atividades diárias (7 R2 =53,8%), item 18 - Cansaço com frequência (10 R2=77 %), item 20- Cansaço com facilidade (9 R2 =69,2%). Conforme se vê entre o gráfico 1 e o gráfico 2, é a diferença de quantidade de questões afirmativas, sendo maior quantidade de questões afirmativas do SRQ-20 pelos R1 e menor quantidade de questões afirmativas do SRQ-20 pelos R2. Neste caso, para se fazer a relação de casos suspeitos de Residentes com TMC, foi necessário identificar e analisar a quantidade de R1 e R2 que escolheram a maior quantidade (8

ou maior que 8) de itens do instrumento.

Figura 3. Informações sobre as pontuações de cada Residente (R1 e R2) no instrumento de pesquisa SRQ-20 conforme os critérios estabelecidos de pontuações ao questionário:



A figura 3, mostra a comparação entre os Residentes (R1 e R2) que tiveram maiores pontuações nas questões afirmativas dos itens do SRQ-20. No entanto observa-se que há maior quantidade de R1 (5 =62,5 %) na pontuação 8 ou maior que 8, sendo esta pontuação considerada pelo instrumento como possível suspeita de TMC. Em relação aos R2, conforme mostra os dados no gráfico 3 acima, a maioria (7) optaram pela negação (7 ou menor que 7) da maioria dos itens do SRQ-20.

Além do instrumento de pesquisa SRQ-20, foi aplicado um questionário semiestruturado para complementar os questionamentos pertinentes ao estado de saúde biopsicossocial dos residentes. O instrumento abordou sobre as seguintes variáveis: Rede de apoio; Ritmo de trabalho; Carga horária; Sono; Auto estima; Programa de Residência; Cenário de prática e Apetite. Segue abaixo a tabela representando o instrumento e às informações sobre a vida dos residentes em todo o contexto da saúde.

Quadro 1. Informações sobre o estado de saúde dos Residentes (R1e R2) através de um questionário semiestruturado.

Variáveis	R1 - n	(%)	R2- n	(%)
1- Rede de Apoio				
Familiares	7	87,50%	10	77%
Amigos	5	62,50%	8	61,60%
Igreja	1	12,50%	1	7,70%
Companheiro (a)	3	37,50%	3	23%
Ninguém	0	0%	0	0%
2- O Ritmo de trabalho atende às suas expectativas				
Sim	1	12,50%	5	38,40%
Não	3	37,50%	2	15,30%
Precisa melhorar	4	50%	6	46,10%
3- Satisfação com o Programa de residência				
Sim	2	25%	8	61,60%
Não	6	75%	5	38,40%
4-Lazer				
Sim	3	37,50%	8	61,60%
Não, somente atividades do PIRS	0	0%	0	0%
Ás vezes	5	62,50%	5	38,40%
5- Uso de bebida alcoólica				
Sim	1	12,50%	6	46,10%
Não	1	12,50%	2	15,30%
Ás vezes	6	75%	5	38,40%
6- Histórico familiar relacionado à saúde mental				
Sim	5	50%	8	61,60%
Não	3	37,50%	5	38,40%
7- Tempo de surgimento dos sinais e sintomas expressos no SRQ-20				
Há anos	1	12,50%	3	23%
Há meses	5	62,50%	6	46,10%
Há alguns dias	0	0%	0	0%
Não lembra	2	25%	1	7,70%
Nenhuma	0	0%	3	23%

Conforme demonstra a tabela, as opções escolhidas pelos Residentes, tanto R1 quanto R2, em se tratando de rede de apoio foram: família (7 R1 = 87,5% e 10 R2 = 77 %) amigos (5 R1 = 62,5% e 8 R2= 61,6 %) e companheiro (3 R1 = 37,5% e 3 R2 = 23%). Em relação ao ritmo de trabalho e expectativas, a maior parte de R1 e R2 responderam que precisa melhorar (4 R1 = 50% e 6 R2 = 46,1%), sobre a satisfação com o programa de Residência, somente os R1 responderam que não estão satisfeitos com o programa de residência em que atuam (6 R1 = 75%). Em relação lazer os R1 não estão realizando de forma como desejariam, a maioria responderam a opção às vezes (5 = 62,5%), já os R2 se mostram contemplados. No item de uso de bebida alcoólica, a maioria dos R1 responderam que fazem uso às vezes (6 R1 = 75%), os R2 fazem uso com mais frequência (6 R2 = 46,1%). Levando em consideração o histórico familiar, tanto R1 e R2 responderam ter familiares com histórico de problemas relacionados à saúde mental (5 R1 =50% e 8 R2 =61,6%), e a respeito do tempo de surgimento dos sinais e sintomas existentes no SRQ-20, R1 e R2 responderam que apresentam há meses os sinais e sintomas contidos nos itens do SRQ-20 (5 R1=62,5% e 6 R2 = 46,1 %).

Discussões:

Embora a maioria dos R1 (5) tenha tido resultado igual ou maior que 8 no SRQ, um número significativo dos R2 (6) também obtiveram. De forma geral, no total de 21 residentes tanto R1 quanto R2, 11 residentes tiveram resultado igual ou maior que 8. No questionário complementar, embora os R1 tenham demonstrado mais insatisfação com o programa de residência (75%), um número significativo de R2 também estão (38,40%). Já em relação as expectativas com o ritmo de trabalho, embora a maioria dos R1 estejam com expectativas negativas em 37,5% (R2 15,3%), no item precisa melhorar R1 (50%) e R2 (46,10%) está quase igual.

Os transtornos mentais acometem cerca de 450 milhões de pessoas em todo o mundo, desencadeados por meio de aspectos multifatoriais, sendo eles, principalmente, genéticos, ambientais e comportamentais. No Brasil, a prevalência de transtornos mentais na população de modo geral, varia de 19% a 34%3,4. A incidência maior, e com aumento acelerado dos TMC, estão nos transtornos depressivos, inclusive este tipo de transtorno também possui alta prevalência na população geral. [12]

Dessa forma os transtornos mentais, a despeito de sua natureza, são considerados patologias que se manifestam por meio de um conjunto de sinais e sintomas que promovem danos ao indivíduo em suas funções sociais, fisiológicas, cognitivas, físicas, emocionais e comportamentais, influenciando negativamente em suas atividades do a dia, como o trabalho e as relações interpessoais .[13] Estudos afirmam que os profissionais que estão inseridos em programas de residência estão vulneráveis a eventos desafiadores, ligados a pressões dentro e fora do contexto do trabalho, levando os indivíduos a vivenciarem um conjunto de fatores estressores. São eles: sobrecarga de trabalho, carga horária excessiva, imposições de diversas formas, desvalorização no trabalho em relação a remuneração, vinculo profissional prejudicado tanto com a equipe quanto com usuários dos serviços e a falta de reconhecimento nas condutas que exercem.[14]

As relações interpessoais entre os profissionais e os usuários não são as maiores causas de adoecimento no cenário de trabalho, mesmo em relação ao receio de ser violentado por um paciente e a sensação de cansaço físico após o término do expediente. Contudo, tais resultados não podem ser generalizados, pois é necessário levar em consideração as especificidades e particularidades de cada equipe de trabalho em cada instituição de saúde, como também as diferenças regionais e in loco, tendo relação com as estruturas físicas e recursos materiais,

organizacionais e da rede de assistência (RAPS e RAS).[15]

Levando em consideração todo esse contexto, os indícios de adoecimento mental são muitas das vezes adquiridos pela forma de como está sendo o contexto de vida e a inserção desses residentes dentro do seu cenário de prática, e como esses sujeitos lidam diante uma situação dentro desses cenários. A gestão, segundo alguns autores [16], tem influência de forma direta nos processos de trabalho em saúde mental, no que diz respeito a como esses gestores lidam com as questões relacionadas a Política de Saúde Mental, bem como o nível de conhecimento desses gestores sobre as necessidades e demandas dos usuários e dos serviços. Pois tais aspectos podem influenciar negativamente no processo de formação dos residentes. Como consequência disso, pode trazer sofrimento aos estudantes e falta de motivação, em âmbito coletivo e individual, no que diz respeito a ausência de apoio.

Retomando a tabela que apresenta os questionamentos complementares ao SRQ-20 sobre o estado de saúde dos residentes, e levando em consideração o que diz os estudos, observa-se que na pergunta 2 e 3 traz exatamente sobre o que os residentes acham sobre seu ritmo de trabalho e suas expectativas em relação a esse trabalho, que é a pergunta 2. E sobre a motivação e satisfação desses estudantes em seus cenários e com o programa de residência em saúde mental, sendo esta a pergunta 3. Em relação a essas duas perguntas pertinentes ao que os estudos apresentam. Sobre a questão 2, houve aumento significativo nas respostas “não, e precisa melhorar” por parte do R1 se comparando com R2. E na pergunta 3, sobre a satisfação pelo programa de residência no qual estão inseridos, 75% dos R1 estão insatisfeitos com o programa. Já os R2, 61,6 estão contemplados com o programa.

Com isso, estudos identificam que os profissionais que atuam na área da saúde mental possuem sentimentos de médio a pouco satisfeitos a respeito da qualidade dos serviços ofertados e oferecidos e no trabalho em equipe. Por outro lado , as situações de sofrimento se traduzem também por meio de estímulos negativos, evidenciados por meio da vivencia com outros trabalhadores da equipe de saúde, excesso de atividades que os residentes assumem ficando como os principais responsáveis pelo trabalho, dificuldades em participarem de outras atividades de formação profissional, devido excesso de atividades nos cenários, baixo reconhecimento como membros da equipe e dificuldades de integração e articulação entre as outras áreas de outros programas de Residências .[17,18]

Já os estímulos positivos que se configuram no prazer, ocorrem pela possibilidade e adesão de desenvolvimento de atividades interdisciplinares nos espaços em que os residentes estão inseridos, levando em conta as diferentes áreas de conhecimentos e saberes. Mas, contudo, as situações que levam ao sofrimento podem se sobrepõe em relação às possibilidades de prazer

durante a formação dos profissionais residentes multiprofissionais. [19]

Nesse contexto sobre os momentos de prazer e sofrimento dos profissionais residentes, o quadro 1 citado acima, menciona também sobre o dia a dia dos estudantes, que vão além de perguntas fixadas nos processos de trabalho. Questões também relacionadas à fatores de proteção que também podem ser vistos como fatores que estão inseridos o prazer e fatores de riscos que contribuem para o adoecimento de forma geral, já que as doenças psíquicas levam como consequência o desencadeamento comorbidades. Os questionamentos que tem a ver com os fatores de proteção expressos no questionário, são: Rede de apoio, a opção mais votada entre os R1 e R2 foram considerados pelos estudantes familiares e amigos. Já a pergunta sobre o lazer, a opção mais escolhida pelos R1 foi “as vezes”, ou seja, não estão totalmente contemplados com o estilo de vida que levam no cotidiano fora das atividades da residência. Já os R2, a maioria se mostram satisfeitos. Em relação aos fatores de risco, os questionamentos sobre o ritmo de trabalho se atende às expectativas ou não, histórico familiar relacionado à saúde mental, tempo de surgimento dos sinais e sintomas expressos no SRQ-20 e satisfação com o Programa de residência, houve maior respostas de não contemplação e presença de sinais e sintomas expressos no SRQ-20 e respostas positivas sobre o histórico de familiares por parte dos R1. Ou seja, os R1 apresentam pouca rede de proteção e maiores fatores de riscos.

Com isso evidencia-se que os profissionais de saúde residentes estão em elevado nível de estresse e a qualidade de vida é avaliada por esses profissionais de forma negativa. Vale ressaltar a importância de buscar entender o contexto de vida desses residentes para além das atividades ofertadas pelo PIRS. [20,21]

Considerações finais

Levando em consideração todo o contexto de vida desses profissionais estudantes, as evidencias científicas e os dados apresentados nos resultados da pesquisa apontam que o adoecimento mental se desenvolve na vida do residente por fatores extrínsecos (a vida do residente além da residência) ao programa de residências e fatores intrínsecos ao processo de formação desses profissionais (cenários de atuação , atividades ofertadas pelo PIRS bem como a responsabilidade, obrigações e deveres em todo o processo que viabiliza a formação desses indivíduos). Além disso, a forma que o estudante lida com as frustrações diárias, tanto no trabalho quanto na vida pessoal, também dimensiona o nível de adoecimento psíquico. Dessa forma, é necessário traçar estratégias e formas de como lidar com as dificuldades do residente, no âmbito local (locais considerados cenários de prática) e de gestão educacional (locais onde é realizada as decisões, mudanças ou não no processo de formação), que interfere de forma direta e indireta na vida do profissional.

Após a leitura de várias literaturas pertinentes à saúde mental das pessoas que estudam e trabalham e apresentam outras tarefas além desses afazeres, de modo geral, trazem alternativas para melhorar e viabilizar à saúde no âmbito biopsicossocial desses indivíduos. No âmbito da gestão educacional externa ao serviço (gestão do PIRS- FESP e COREMU), realizar escuta e diálogo por meio dos gestores com os trabalhadores residentes dos serviços de saúde mental, pois é importante para a construção coletiva conjunta dos processos de trabalho, elaborar com os residentes políticas de mudança para enriquecer e aprimorar os projetos pedagógicos dos PRMS, colaborando com a saúde biopsicossocial, criação de ferramentas nos cenários de prática para detectar o grau de satisfação dos atores estudantes e outros profissionais do serviço para processo de intervenção e transformação das condições de trabalho. Gestão local (cenários de prática) cogestão entre as equipes dos cenários de práticas que os residentes atuam e participação na construção desses espaços, pois é fundamental para o empoderamento e autoestima desses profissionais poder participar das decisões referente à rede de saúde mental (RAPS) das redes de atenção à saúde (RAS) e processos de trabalho nesses espaços.

Estratégias de cuidados com os estudantes no cenário de prática: criação de um grupo de escuta, para a troca de experiências e saberes sobre suas histórias de vida e expectativas. Em relação aos sinais e sintomas dos transtornos mentais comuns, ofertar suporte médico para a solicitação de exames pertinentes aos níveis hormonais de hormônios que tenham influência na saúde e bem-estar, na autoestima, sono, emoções e outras sensações de sentimentos que se fazem presente na vida dos estudantes.

Se faz necessária também a criação de recursos terapêuticos como suporte à saúde mental e bem-estar dos residentes e da equipe de profissionais que fazem parte dos cenários de práticas onde os mesmos atuam. Pois essa forma é considerada intervenções inovadoras e criativas. Portanto, é fundamental que a gestão in loco dos serviços e regional do PIRS compartilhem em conjunto essas estratégias e estabeleçam vínculo e parcerias com outras instituições ofertadoras dessas tecnologias em terapias integrativas e complementares, sendo essas formas de cuidados, disparadoras para a redução de problemas decorrentes em saúde mental dos profissionais dos serviços de saúde, residentes ou não. Dessa maneira, deve-se levar em consideração que o convívio dos residentes a outros profissionais, influencia diretamente no comportamento, na vida social e psicológica desses estudantes. E quando se trata de contexto multifatorial se faz necessário incluir tudo que rodeia e permeia na residência desde o cenário de prática e à gestão.

Referências

1. Ministério da Saúde (BRASIL). Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Portaria. 2007 Jan 15;45 p.

2. Martins GDM. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016 Aug 25; 37:1 -8.

3. Lima ICBF, Passos ICF. Residências Integradas em Saúde Mental: Para Além do Tecnicismo. Trabalho, Educação e Saúde. 2019;17:1-22.

4. Ansolin, AA. Prevalência de Transtorno Mental Comum entre Estudantes de Psicologia e Enfermagem. Revista Arquivos de Ciências da Saúde. 2015 out 2; 22: 42-45.

5. Coelho L, Coelho R. Impacto psicossocial da deficiência mental. Revista Portuguesa Psicossomática. 2001 jan;123-143.

6. Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. Revista Portuguesa de Saúde Pública.2010 set; 127-131.

7. Gorenstein C, Hugerbuhler Y, Hungerbuihler I .Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Artmed. 2016. 500 p.

8. Guirado GMP, Pereira NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. Cadernos Saúde Coletiva. 2016 mar; 24:92-98.

9. Heloan R, Lancman S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. Revista Produção. 2004 dez; 77-86.

10. Mauro M Y C. RISCOS OCUPACIONAIS EM SAÚDE. Rev Enferm. 2004 ;: 338-345.

11. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. 2013 jun.

12. Melo BC, Sant'Ana G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino aprendizagem. Ciências Saúde. 2013 jun 07;: 327-339.

13. Freitas SLR, Ortega F. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. Cadernos de Saúde Pública. 2016; 32:02-11.

14. Pinto ACS. Risk factors associated with mental health issues in adolescents: a integrative review. Revista da Escola de Enfermagem da Usp.2014 jun; 48: 555-564.

15. Silva RMB, Moreira SNT. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo

Significados no Processo de Formação. Revista Brasileira de Educação Médica. 2019 dez; 43:157-166.

16. Moura GA, Roncalli AG, Noro LRA. Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro. Psicologia: Ciência e Profissão. 2016; 36: 401- 410.

17. Isott Z L. Concepção de residentes multiprofissionais sobre gestão de serviços de saúde mental. Smad Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em Português). 2018 ago; 13:140-147.

18. Oliveira JF. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva. 2019 jun; 24: 2593-2599.

19. Clementino FS. Satisfaction and work overload evaluation of employees' of Psychosocial Care Centers / Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. Revista Online de Pesquisa: CUIDADO É FUNDAMENTAL. 2018;: 153-159.

20. Sousa E C P, Araújo T C C F. Percepção sobre formação em residência na área da saúde: necessidades, expectativas e desafios. SBPH: Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.2018 jun;:36-55.

21. Cahð, R A G. Stress and quality of life in multi-professional residency. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2014;: 76-83.

Revista : Caderno de Saúde Pública
Link para acesso: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores

Flávia Saad Guimarães Silva

A MÚSICA COMO INSTRUMENTO FACILITADOR EM GRUPO OPERATIVO PARA ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOMUTILAÇÃO NO CAPS II DE PALMAS-TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Palmas-TO

2020

Autores: [1] Flávia Guimarães Silva, Psicóloga Residente em Saúde Mental, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP/ULBRA). E-mail: saadpolinha@yahoo.com.br . Palmas (TO), Brasil. [2] Leny Meire Correa Molinari Carrasco, Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Mestre, Preceptora do Programa Integrado de Residência em Saúde (PIRS) - Fundação Saúde Plública de Palmas (FESP/ULBRA), Professora de Psicologia do Instituto Federal do Tocantins/Campus Palmas. E-mail: lenycarrasco@gmail.com . Palmas (TO), Brasil.

Endereço para correspondência: Flávia Guimarães Silva, Quadra 207 Sul, Alameda 09, QI 05 – Lote 23, Plano Diretor Sul, Palmas (TO), Brasil, CEP 77015318

A música como instrumento facilitador em grupo operativo para adolescentes com comportamento suicida e automutilação no CAPS II de Palmas-TO: Relato de Experiência

Music as a facilitating tool in an operative group for adolescents with suicidal behavior and self-mutilation at CAPS II in Palmas-TO: Experience Report

La música como facilitador en un grupo operativo para adolescentes con conducta suicida y automutilación en CAPS II de Palmas-TO: Informe de Experiencia

Flávia Saad Guimarães Silva[1]

Leny Meire Correa Molinari Carrasco

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP/ULBRA)

Resumo

Este estudo objetivou relatar a experiência de uma psicóloga em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental a partir de sua inserção no Centro de Atenção Psicossocial II, no município de Palmas, TO. O objetivo é descrever a utilização da música como recurso terapêutico para adolescentes com comportamento suicida e automutilação. O grupo se caracteriza como operativo, envolvendo 10 adolescentes de 14 a 17 anos, entre março a abril de 2018. Observou-se que o grupo conseguiu em conjunto tanto refletir a realidade vivenciada, como a troca de experiências acerca das situações problemáticas do comportamento suicida e automutilação. Considera-se que os temas e músicas dos encontros foram válidas para atingir o objetivo do grupo, pois propiciaram a participação efetiva dos adolescentes. Através dessa reflexão, foi possível compreender a importância e atuação do psicólogo residente em grupo operativo, bem como no serviço de Saúde Mental.

Palavras chaves: grupo operativo; adolescente; psicologia; residência; relato de experiência;

Abstract

This study aimed to report the experience of a psychologist in a Multiprofessional Residency Program in Mental Health from her insertion in the Psychosocial Care Center II, in the city of Palmas, TO. This study describes the use of music as a therapeutic resource for adolescents with suicidal behavior and self-mutilation. This is an operative group involving 10 adolescents aged 14 to 17 years, occurring between March and April of 2018. It was observed that the group managed to reflect the reality experienced and to exchange experiences about the problematic situations of suicidal behavior and self-mutilation. It is considered that the themes and songs of the meetings were valid to achieve the group's objective, as they provided effective participation by the adolescents. Through this perspective, it was possible to understand the importance and the performance of the psychologyt resident in an operative group, as well as in the Mental Health service.

Key words: operative group; adolescent; psychology; residency; experience report;

Resumen
Este estudio tuvo como objetivo informar la experiencia de un psicólogo en un Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Mental desde su inserción en el Centro de Atención Psicosocial II, en la ciudad de Palmas, TO. El objetivo es describir el uso de la música como recurso terapéutico para adolescentes con conducta suicida y automutilación. El grupo se caracteriza por ser operativo, involucrando a 10 adolescentes de 14 a 17 años, entre marzo y abril de 2018. Se observó que el grupo logró reflejar tanto la realidad experimentada como el intercambio de experiencias sobre las situaciones problemáticas de comportamiento suicida. y automutilación. Se considera que los temas y las canciones de las reuniones fueron válidos para lograr el objetivo del grupo, ya que proporcionaron una participación efectiva de los adolescentes. A través de esta reflexión, fue posible comprender la importancia y el desempeño del psicólogo que reside en un grupo operativo, así como en el servicio de Salud Mental.
Palabras clave: grupo operativo; adolescente psicología residencia informe de experiencia;

Introdução

O suicídio é uma grave adversidade de saúde pública, e uma das principais causas de morte no mundo, contabilizando um milhão de mortes anuais e com tendência de crescimento nas próximas décadas. A taxa mundial média de suicídio é de 16 óbitos por 100 mil habitantes, tendo aumentado 60% nos últimos 45 anos. No Brasil, atinge em média 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, constituindo-se na terceira causa de óbitos (6,8%) por causas externas identificados no país (Oliveira, 2017).

Além do comportamento suicida os adolescentes do século XXI estão, com frequência, apresentando uma conduta conhecida como automutilação, que é o ato de se autoagredir de alguma forma. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), a automutilação pode ser compreendida por movimentos intencionais, repetitivos, estereotipados, desprovidos de finalidade (frequentemente ritmados), não ligados a um transtorno psiquiátrico ou neurológico identificado. Os comportamentos estereotipados automutiladores compreendem: bater a cabeça, esbofetar a face, colocar o dedo nos olhos, morder as mãos, os lábios ou outras partes do corpo.

Especificamente, para o cuidado destinado a crianças e adolescentes, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), que visa o atendimento de crianças e adolescentes entre as idades de 03 a 18 anos incompletos, a fim de acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismo e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Conforme a Portaria/GM n.º 336/02, os CAPS são estruturados para organizar a rede de atenção a saúde mental, atender diariamente a população em seu território e prestar acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos com sofrimento psíquico intenso (Martinhago, 2012).

Entretanto, o município de Palmas-TO oferta atendimento ao público através do CAPS, modalidade II, sendo este procurado como atendimento especializado para crianças e adolescentes, já que o município não conta com o CAPSi. Destarte, o CAPS II no ano de 2016 teve demandas relacionadas ao suicídio e automutilação entre adolescentes. A partir destas demandas, a equipe multiprofissional do CAPS II sugeriu que havia a necessidade de ofertar atendimento a este público, assim criou-se o grupo "musicalizando", nome dado pelos usuários de mesmo que eram adolescentes com tentativa prévia de suicídio e que continuavam com planejamento de autoextermínio, em conjunto ao comportamento de automutilação.

Desta forma, entre as possibilidades de promover cuidado, discutir, refletir e conhecer as vivências, os sentimentos e as percepções dos adolescentes acerca da temática, o grupo "musicalizando" se configurou como operativo. Como diz Vincha et al., (2016), os grupos operativos (GO) foi proposto por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista, na década de 1940. O objetivo do GO é promover um processo de aprendizagem para os participantes, o qual é compreendido como uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações. Este processo coloca em evidência a possibilidade de uma elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros (Bastos & Izique, 2010).

Neste modelo, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, também trabalham com a reorientação do modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, em direção a uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. Sob os princípios do disposto na Lei n.º 10.216, de 06/04/2001, a rede caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social (Brasil, 2014).

No município de Palmas-TO por meio do Programa Integrado de Residências em Saúde são oferecidas residências na área da saúde da família e comunidade, saúde mental, saúde coletiva, enfermagem obstétrica, clínica integrada de adulto e medicina veterinária, medicina de família e comunidade, oftalmologia e psiquiatria. A relação de cenários de prática que fazem parte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) é dividida entre: CAPS II e AD III, Centros de Saúde da Comunidade (CSC), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Consultório na Rua. O programa é composto por profissionais psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais da educação física, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais.

A estrutura do PRMSM é desenvolvida por cenários de atuação que são articulados com a parte prática e tem a finalidade de fundamentar e proporcionar um conhecimento mais técnico sobre a formação de especialista em saúde mental. Em relação ao tempo nos cenários, foram destinados oito meses para a prática, ou seja, no CAPS II, no período de março a novembro de 2018; CAPS AD III, no período de novembro a julho de 2019; NASF e Consultório na Rua, nos meses de agosto a março de 2020, totalizando dois anos. Esses cenários apresentaram características distintas quanto a: atividades, equipe técnica, população, território, preceptor e tutor.

A vivência da residente psicóloga possibilitou uma profissionalização e aperfeiçoamento acerca das atividades como acolhimento inicial, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidado, grupos e oficinas, atividades dirigidas diretamente à reinserção social, visitas domiciliares, busca ativa, matriciamento, escuta psicológica, atendimento familiar, dentre outras atividades.

Os programas de residências multiprofissionais têm crescido nos diferentes contextos brasileiros e mantiveram como característica predominante a multiprofissionalidade, com

abordagem biopsicossocial na assistência, e a introdução dos conceitos de saúde: como prevenção, promoção e proteção à saúde (Rosa et al., 2012). Todavia, a realidade do SUS, especialmente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é complexa e demanda, além da multiprofissionalidade, um cuidado em saúde além do olhar biomédico focado na doença.

A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. Todavia, a realidade dos serviços da Saúde Mental (SM), especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é minimizar ou fazer cessar os efeitos negativos e até degradantes das antigas formas de tratar o sujeito adoecido psiquicamente. Deste modo, o movimento de Reforma Psiquiátrica assume um papel protagonista na difícil luta contra as esferas de poder opressoras que, já instituídas, reduzem o sujeito à condição de objeto, em intervenções que mais adoecem do que curam e ferem intensivamente a cidadania e a condição humana (Lemos, et al., 2009).

Atualmente, a Rede de Saúde Mental do município de Palmas é composta por CAPS (II e AD III), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as Policlínicas, atendimento ambulatorial de psiquiatria, psicologia, ambulatório infantil, ambulatório de atenção à Saúde (AMAS) e dez leitos psiquiátricos no Hospital Geral.

Neste sentido, o estudo tem por objetivo apresentar as ações desenvolvidas pela psicóloga na posição de residente do PRMSM no CAPS II junto a um GO “musicalizando” para adolescentes com comportamento suicida e automutilação, com idades entre 14 a 17 anos de idade. O GO “musicalizando” ocorreu uma vez por semana, nas segundas-feiras às 14h, com duração de 60 minutos, no período vespertino, e ocorria na sala de grupos do CAPS II, totalizando oito encontros, entre o período de março a abril de 2018, ano de início da especialização em Saúde Mental, na cidade de Palmas-TO.

Metodologia

O trabalho em questão trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído a partir da vivência da autora enquanto residente de Psicologia no município de Palmas, na ênfase da Saúde Mental pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP).

Pereira (2016) considera que o relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que aborda uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

Participaram do grupo dez adolescentes, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino, em sua maioria, moradores do Plano Diretor Sul da cidade. Durante os encontros utilizaram-se músicas como estímulo inicial para as discussões, sempre relacionada com um tema gerador do encontro.

O planejamento dos temas e a escolha das músicas foram construídos e pré definidos a partir das observações ocorridas nos grupos iniciais, ocorridos entre os anos de 2016 e 2017, que serviram como base para a definição dos temas que estão diretamente relacionados as demandas mais recorrentes entre o público alvo do grupo “musicalizando”. Desta forma, foram definidos e organizados pela idealizadora do projeto, psicóloga do CAPS II e preceptora da Residência em Saúde Mental, após atendimento prévio das demandas individuais dos participantes observados durante atendimentos no serviço. Ao fim de cada encontro, realizavam-se avaliações nas quais eram questionadas se a metodologia utilizada durante o grupo atendia a expectativa dos participantes. Expostas às demandas e após a avaliação das psicólogas os participantes que necessitavam de atendimento individual eram encaminhados para agendamento conforme disponibilidade do serviço.

Efetuou-se esse GO em oito encontros, com temas: suicídio; automutilação; preconceito; autoestima; existência; motivação; amor e vida. A sistematização dos oito encontros, bem o nome da música disparadora para as discussões, naquela ocasião, encontram-se na tabela 1:

Tabela 1. Descrição das atividades dos encontros do grupo operativo musicalizando.

ENCONTRO	TEMA DO ENCONTRO	NOME DA MÚSICA
1°	Suícidio	(Bohemian Rhapsody/Queen)
2°	Automutilação	(F**kin; Perfect/Pink)
3°	Preconceito	(Susan Boyle – Apresentação x factor)
4°	Autoestima	(Beautiful/Christina Aguilera)
5°	Existência	(Há tempos/Legião Urbana)
6°	Motivação	(Tente outra vez/Raul Seixas)
7°	Amor	(Monte Castelo/Legião Urbana)
8°	Vida	(Enquanto houver sol/Titãs)

Diante disso, cabe ressaltar que os encontros foram propostos com o intuito de ser um espaço de dialogo e escuta, pensados cuidadosamente, tanto na organização da sala de grupos do CAPS II, quanto para proporcionar um ambiente acolhedor,a fim de estimular a participação espontânea dos adolescentes.Ao final de cada encontro, os adolescentes eram orientados acerca do próximo tema.

Descrição da Experiência

O primeiro período da PRMSM visou à inserção da residente psicóloga no CAPS II. Assim ocorreu a entrada no GO "musicalizando". Essa experiência foi o primeiro contato com atividades em GO em espaços para o cuidado em SM. O GO era realizado na presença da residente psicóloga e preceptora da Residência em Saúde Mental e psicóloga do CAPS II, uma fazia a coordenação do grupo e a outra era a observadora, o que é importante para a compreensão e realização do GO.

No encontro inicial, este o tornou instigante e, ao mesmo tempo, difícil, tendo em vista que no primeiro encontro, os adolescentes relatavam o suicídio e automutilação de forma ambígua, pois, ao mesmo tempo em que era visto como algo "ruim", também era visto como "alívio". Assim, neste estudo, pretendo trazer uma reflexão sobre as dificuldades e facilidades dessa experiência, ressaltando o aprendizado dessa vivência.

A proposta do GO "musicalizando" contemplava a participação de apenas dez adolescentes, sendo que o número de adolescentes variava a cada encontro, exigindo uma breve contextualização a cada encontro acerca do tema. Em geral, a tarefa explicita do GO "musicalizando" era conhecer e refletir sobre as narrativas presentes nos discursos ou nas histórias do que levou o adolescente ater o comportamento suicida, ou o ato de automutilação, além do espaço apresentar características de dor, angústia, culpa, vergonha, solidão, medo,

autopunição, baixa autoestima, entre outros sentimentos negativos enfrentados costumeiramente pelos adolescentes com comportamento suicida e automutilação.

O elemento essencial para o acontecimento do grupo foi à utilização da música como recurso terapêutico por ser um instrumento facilitador para o início do processo de diálogo com os adolescentes, já que o mesmo oportuniza que o individuo se sinta a vontade de falar sobre tópicos complexos em terceira pessoa e assim, reelaborar questões difíceis sem precisar expor suas fragilidades de forma direta. Particularmente, para o desenvolvimento deste grupo, a escolha do uso da música se deu com o objetivo de facilitar a participação dos adolescentes no grupo.

Esta estratégia, oportunizada pela música, possibilitou interdisciplinaridades, pois contribuiu para a ressignificação de valores pessoais e sociais, oportunizando a melhora da cognição e da capacidade de compreensão das situações problemáticas do dia a dia e tornando o processo terapêutico mais prazeroso e eficaz. Nessa perspectiva, foi possível interagir com o grupo de forma tal que possibilitou a construção e a desconstrução de saberes introjetados, sem desconsiderar o conhecimento e a cultura de cada um dos adolescentes participantes do grupo.

Desta forma, foi possível trabalhar as dimensões: afetiva, pois a atividade de grupo por meio da música construiu sentidos para as emoções, sentimentos, desejos, interesses e motivações dos adolescentes participantes; recreativa, já que abordaram momentos de entretenimento, de alegria e de relaxamento no grupo, o que permitiu a transposição das barreiras impostas pelas discussões grupais focadas na patologia e; reflexiva, pois explorou à problematização de situações vivenciadas pelos adolescentes, sendo esta mediada pela música, levando-os assim, ao pensamento crítico-reflexivo, com isso, oportunizando maior percepção de si próprio e de si dentro do contexto sociocultural ao qual faz parte.

No decorrer do GO “musicalizando”, foi possível construir um espaço dialógico, já que os adolescentes tiveram oportunidade de expressarem os sentimentos e opiniões sobre as músicas correlacionadas com os temas abordados nos encontros. Dessa forma, a metodologia utilizada colocou os adolescentes como protagonistas de seu processo de saúde-doença, tornando-os ativos na produção de saúde e autocuidado.

Neste cenário, foi de suma importância o aprofundamento na temática em questão, através de leituras, análise e reflexões, aprofundando os conhecimentos teóricos para o confronto com a prática, permitindo o alcance do objetivo proposto, o que se mostrou relativamente eficiente no decorrer dos encontros.

Neste sentido a relação construída com os adolescentes, bem como as experiências compartilhadas no GO, produziram diversas ressignificações, fatos e conceitos, das discussões suscitadas nos encontros, junto ao grupo sobre os temas e músicas, possibilitando uma nova compreensão, um novo aprendizado, expandindo o processo de aprendizagem como psicóloga residente.

A partir das experiências relatas, foi possível observar que as mídias sociais estavam presentes nas discussões. Nessa perspectiva, a influência da mídia pode operar facilitando o acesso a conteúdo sobre o suicídio, informação sobre método, identificação, encorajamento, contágio e cyberbullicídio (De Silva et al., 2018). Por outro lado, a comunicação preventiva na internet se apresenta como mídia preventiva, grupos de apoio online, redes sociais virtuais e telepsiquiatria (Azevedo, 2014).

Desse modo, os participantes trouxeram diversas experiências adversas sobre as mídias sociais, como participação em grupos “onlines” de suicídio e automutilação no “facebook” e “whatssap”. Para esses grupos, o suicídio e automutilação são encarados de formas naturais, vividos e sentido por todos. Entretanto, alguns participantes relataram que

não é incomum ver imagens de braços cheios de cortes e cicatrizes; contratos para entrar no grupo; mensagens de consolação; dicas de como cometer o suicídio e automutilação; frustração e apoio ao sofrimento.

Como mencionado anteriormente, as experiências adversas marcam um período de crise e vulnerabilidade, em que as experiências adversas podem intensificar as vivências depressivas, sentimentos de solidão e desconexão com o mundo, ativando o processo suicida e de automutilação. No último encontro, os adolescentes fizeram a avaliação final dos encontros.

Dificuldades e Reflexões

Uma situação desafiante para a residente psicóloga foi o fato de co-coordenar o GO no primeiro e segundo encontro. A partir de então, no terceiro encontro, ocorreu uma aproximação na condução do grupo operativo, sendo necessária uma postura crítico-reflexiva, possibilitando o acompanhamento dinâmico da realidade no decorrer dos encontros e explanações dos adolescentes acerca da música e tema.

Outra dificuldade identificada diz respeito à ausência de alguns participantes nos encontros. Avaliamos que isso se devia a não adesão ao grupo, por motivos como: não queria ir ao encontro da semana, desânimo, indisposição no corpo, e esquecimento em relação ao horário ou dia, muitas vezes, palavras que eram expostas através da busca ativa feita por telefonema.

No decorrer do grupo, as falas apontaram algumas expressões de idéias de automutilação ou de intenções suicidas, como: “eu queria dormir e nunca mais acordar” (Sic), “é inútil tentar fazer algo pra mudar” (Sic), “eu só quero me matar” (Sic), “eu não posso fazer nada, “preferia estar morta” (Sic), “voltar pra escola é ruim” (Sic), “quero me cortar” (Sic).

Em relação às músicas, percebemos que os participantes cantavam de forma retraída, outros só balançavam a cabeça, pernas, ao mesmo tempo, despertavam sensações positivas, como alegria, descontração, relaxamento, além de que aproximavam e ajudavam os adolescentes acerca das discussões e reflexões, permitindo-lhes expressar dúvidas e expectativas e possibilitando o apoio mútuo.

É importante dizer que os elementos sonoros e a expressão musical, verbal e corporal manifestadas passam a ser os pontos de partida para a ação musicoterapêutica. Nesse sentido, é que a ação musicoterapêutica tende a considerar a realidade da condição física, social e psíquica das pessoas (Cunha, 2014).

Assim, no GO "musicalizando", foi possível partilhar com a preceptora a responsabilidade de conduzir o GO. Cada encontro se apresentava como um espaço de desafios e, ao mesmo tempo troca de saberes e experiências com os participantes.

Cabe considerar que os adolescentes foram aos poucos percebendo a importância do GO "musicalizando, e também das atividades desenvolvidas para abordar a temática do estudo. Além disso, os participantes sentiram-se seguros por estarem em um espaço feito para eles, tornando-os, assim, mais expostos aos benefícios desta atividade.

Portanto, as discussões realizadas no GO "musicalizando" possibilitaram à residente psicóloga a ampliar o conhecimento acerca da operacionalização e metodologia do grupo operativo, bem como se beneficiar no processo de aprendizagem. Diante deste relato, vale ressaltar a importância dos grupos operativos, pois esses espaços podem propiciar grande aprendizado para todos que deles participam.

Considerações Finais

A experiência enquanto psicóloga residente em um GO do CAPS II, foi de suma importância para a formação profissional. Além de que os encontros e atividades desenvolvidas contribuíram de forma significativa para o autocuidado, promoção da saúde, e melhora da qualidade de vida dos participantes.

É importante destacar que o estudo expõe particularidades desse grupo, bem como propõe reflexão acerca das estratégias para enfrentamento do comportamento suicida e automutilação, sendo de suma importância, espaços de escuta que discutam e atendam às necessidades desse público.

Este GO "musicalizando" surgiu como uma estratégia inovadora e o seu objetivo foi plenamente atingido, na medida em que os encontros aconteciam, os participantes relatavam uma melhora nos pensamentos suicidas e de automutilação. Cabe mencionar que essa temática é muito importante e, é necessária a produção de material informativo didático, com a linguagem adaptada para adolescentes, bem como promover ações de saúde mental nas escolas, educação permanente para os profissionais da área da saúde e educação, facilitando a comunicação e troca de informações sobre a saúde mental deste público.

Nesse sentido, o residente inserido na Rede de Saúde Mental, enquanto profissional de sua categoria, deve também utilizar seu conhecimento técnico e contribuir com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, articulando-se com os profissionais do serviço e usuários. Deste modo, o psicólogo residente assume um papel protagonista em suas atividades, adquirindo maior autonomia para elaboração de novos métodos terapêuticos, e propondo novas estratégias para a construção do cuidado em SM da RAPS do município de Palmas-TO.

Referências

BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicólogo informação, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.

Cunha, Rosemyriam; Arruda, Mariana; Da Silva, Stela Maris. Homem, música e musicoterapia. Revista In Cantare, 2014.

De Azevedo, Rachel Alonso. Suicídio na uerj: suas expressões nas redes sociais da internet. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. 2014.

De Sousa Silva, Ana Flávia et al. Construção imagético-discursiva da beleza corporal em mídias sociais: repercussões na percepção sobre o corpo e o comer dos seguidores. DE METRA: Alimentação, Nutrição & Saúde, v. 13, n. 2, p. 395-411, 2018.

Lemos, Patrícia Mendes; Cavalcante Júnior, Francisco Silva. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 233-242, 2009.

Martinhago, Fernanda; Oliveira, Walter Ferreira de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. Saúde em Debate, v. 36, p. 583-594, 2012.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção do suicídio:um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Departamento de Saúde Mental Transtornos Mentais e Comportamentais, 2013. Acessado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf

Oliveira, A. M. et al. Comportamento suicida entre adolescentes: Revisão integrativa da literatura nacional. Adolescência & Saúde, v. 14, n. 1, p. 88-96, 2017.

Pereira, Tanara Pio; Motta, Lohrana Duarte Nascimento; Luna, Aline Affonso. Relato de experiência: primeiro contato com paciente em um centro de terapia intensiva. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 10, n. 2, 2016.

ROSA, Soraya Diniz et al. Tecendo os fios entre educação e saúde: a formação profissional na residência multiprofissional em saúde. São Carlos: UFSCar, 2012.

VINCHA, Kellem Regina Rosendo; SANTOS, Amanda de Farias; Cervato-Mancuso, Ana Maria. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saúde em Debate, v. 41, p. 949-962, 2017

SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO COM TRABALHADORES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MENTAL HEALTH AND CARE STRATEGIES FOR WORKERS IN THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK

Isabella Stefânia de Novais Lopes[1]
Ludimila Inês Nunes Prestes[2]

Resumo: O trabalho é essencial para a organização social e identidade pessoal. Quanto ao trabalho em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica trouxe novas perspectivas ao cuidado, o que constituiu o trabalhador como instrumento fundamental da atenção em saúde mental. Por vezes, o adoecimento dos trabalhadores é tratado como algo natural e inevitável. Todavia, é necessário questionar se realmente precisa ser uma expectativa na área da saúde. Este estudo investigou a saúde mental dos trabalhadores em Centros de Atenção Psicossocial de Palmas-TO, focando na análise das estratégias de cuidado dos trabalhadores e gestores, a partir de sua compreensão sobre adoecimento mental. A pesquisa foi qualitativa, exploratória e com análise documental. Os resultados mostraram que a percepção dos entrevistados indicou que a sobrecarga, a insatisfação e a falta de suporte são fatores críticos para o adoecimento mental. A pesquisa destaca a necessidade de intervenções mais eficazes para apoiar a saúde mental dos trabalhadores.

Palavras-chave: Adoecimento mental. Trabalhadores. Saúde mental.Estratégias de cuidado.CAPS.

Abstract: Work is essential for social organization and personal identity. Regarding mental health work, the Psychiatric Reform has brought new perspectives to care, establishing the worker as a fundamental instrument in mental health attention. At times, the illness of workers is treated as something natural and inevitable. However, it is necessary to question whether this truly needs to be an expectation in the health field. This study investigated the mental health of workers in Psychosocial Care Centers in Palmas-TO, focusing on the analysis of care strategies employed by workers and managers, based on their understanding of mental illness. The research was qualitative, exploratory, and included document analysis. The results showed that the interviewees' perceptions indicated that overload, dissatisfaction, and lack of support are critical factors for mental illness. The study highlights the need for more effective interventions to support the mental health of workers.

Keywords: Mental illness. Workers. Mental health. Care strategies.CAPS.

[1] Profissional Residente de Psicologia do Programa de Residência multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. isah.novais@gmail.com
[2] Psicóloga, Mestre, servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, lotada na Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. ludimilaprestes82@gmail.com

Introdução

"Temos direito de adoecer, e que isso não é fraqueza ou falha técnica.
Ocorre com todos, às vezes não se percebe que está nessa onda.
Que bom que tem volta". (T2)

O trabalho é uma constante na evolução das sociedades humanas, desempenhando um papel essencial na organização social e na definição da identidade pessoal. Dejours (2004) destaca que, além de sua função de garantir a subsistência, a atividade profissional é fundamental para a inserção social e o desenvolvimento psicológico do indivíduo. Através do trabalho, o ser humano busca auto realização e constrói sua identidade, assumindo um novo papel dentro da sociedade.

Neves et al. (2018) elucidam que a atividade profissional, seja remunerada ou não, é moldada por contextos históricos e concepções vigentes, o que influencia diretamente seu significado e execução. Coutinho (2009) reforça que, ao longo da história, as concepções de trabalho foram se transformando, caracterizando-o como uma atividade humana que envolve complexidade, estratégia e reflexão, além de uma dimensão moral que o distingue das práticas animais.

No âmbito da saúde mental, o conceito de trabalho adquiriu uma nova perspectiva com a Reforma Psiquiátrica, que redefiniu a compreensão do cuidado e da organização dos serviços de saúde. Esta reforma enfatizou a visão do sujeito como um cidadão autônomo e ativo em seu tratamento, promovendo a integração de uma equipe multiprofissional e o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (Boff, 2005). O cuidado, entendido como uma expressão da essência humana, é primordial para a prática em saúde mental, e sua ausência ou inadequação pode resultar em sofrimento para o trabalhador, como argumentado por Dejours (2004) e Bahia (2014).

O sofrimento no trabalho, associado a demandas excessivas e condições adversas, pode comprometer a saúde física e mental dos trabalhadores. Dados evidenciam que transtornos mentais são uma das principais causas de absenteísmo, com implicações significativas para a produtividade e os sistemas de saúde e previdência (CREMESP, 2016). No Brasil, a inclusão dos transtornos mentais relacionados ao trabalho como agravos de notificação compulsória desde 2014 reflete a crescente preocupação com o impacto desses transtornos (Brasil, 2017).

A presente pesquisa foi realizada com os serviços de saúde mental de Palmas-

TO. Sobre tais serviços, pode-se dizer que o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de Palmas-TO (CAPS AD III) é um serviço destinado a usuários que possuem problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esse serviço objetiva a reinserção social, profissional e familiar deste usuário através de um acompanhamento com equipe multiprofissional. Em 2019, período da pesquisa, havia uma equipe composta por trabalhadores das seguintes categorias: psicólogo, residente em saúde mental, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, médico, guarda patrimonial e administrativo.

Além do CAPS Ad III, há também o Centro de Atenção Psicossocial de Palmas-TO (CAPS II), sendo este um serviço que atende indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes. Também tem o objetivo de reinserção social, familiar e profissional do usuário com intuito de ser uma outra alternativa de tratamento, além dos hospitais psiquiátricos. No período da pesquisa, possuía equipe multiprofissional composta por: residentes em saúde mental, psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, administrativo e vigilantes. Todos os CAPS possuem suas respectivas gerências/coordenações locais, as quais são subordinadas à Gerência da Atenção Especializada, fixada na sede da Secretaria Municipal de Saúde.

O interesse pela presente pesquisa emergiu da vivência desta pesquisadora enquanto profissional residente em saúde mental vinculada aos cenários de prática do CAPS Ad III e CAPS II em 2018, período em que vivenciou diversos episódios de adoecimento que mobilizaram o estudo da temática. Tais episódios incluíam trabalhadores adoecidos que não estão nos registros devido à ausência de acolhimento, tornando esses sinais e sintomas invisibilizados por ser considerado como parte do trabalho.

Na ocasião, foi desenvolvido um projeto de intervenção por esta pesquisadora, junto aos trabalhadores de tais serviços de saúde, com foco na saúde mental, intitulado “Cuidando do Cuidador”. Neste período, pôde-se observar a presença de sinais de adoecimento mental junto aos trabalhadores, tais como: crises de choro, pico hipertensivo, náuseas, dores estomacais e crises de ansiedade. Além disso, notou-se mudanças significativas no quadro de profissionais devido a ausências justificadas com atestados médicos e/ou solicitações de transferência de lotação do servidor.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo investigar a perspectiva de cuidado e as práticas relacionadas à saúde mental dos trabalhadores em Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) de Palmas-TO. Teve como foco avaliar o significado do trabalho para esses profissionais e examinar os manejos e fluxos existentes para o cuidado daqueles que enfrentam adoecimento mental vinculado ao trabalho. A pesquisa também incluiu a análise das experiências de trabalhadores que passaram por afastamento devido a questões de saúde mental, com o intuito de compreender o processo de adoecimento e seus impactos nas suas atividades profissionais.

Metodologia

A metodologia utilizada neste estudo foi uma pesquisa de campo exploratória com abordagem qualitativa. Segundo Piana (2009), a pesquisa de campo busca uma compreensão crítica e investigativa da realidade pesquisada, aproximando-se do fenômeno em sua complexidade. A pesquisa exploratória visa estudar a realidade dos sujeitos a partir de suas experiências e contexto, permitindo uma visão não enviesada do pesquisador (Piovesan;Temporini, 1995). A abordagem qualitativa, conforme Turato (2005), busca entender o significado dos fenômenos e experiências em seu ambiente natural, especialmente relevante na área da saúde para compreender o sentido individual e coletivo da doença e da vida para os indivíduos.

Além disso, foi realizada uma pesquisa documental para levantar informações sobre atestados e licenças de servidores, conforme Sá-Silva, (2019) a pesquisa documental é a análise de documentos diversos, não apenas textos, mas também filmes, vídeos e fotografias.

Inicialmente realizou-se a pesquisa documental com o levantamento dos atestados e licenças médicas acima de 3 dias, no ano de 2019, junto à Junta Médica do Município de Palmas, dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Palmas-TO (CAPS II e CAPS Ad III). A partir de tais dados, foram entrevistados 02 trabalhadores lotados no CAPS Ad III que tiveram afastamento superior a 3 dias e relacionado a transtorno mental. Por sua vez, não foram identificados trabalhadores no Centro de Atenção Psicossocial de Palmas-TO (CAPS II) com afastamento relacionado a transtorno mental. Na ocasião, também foram entrevistados todos os gestores inseridos no CAPS II, CAPS AD III e Secretaria Municipal de Saúde.

Foi adotado o procedimento de coleta de dados com a entrevista do tipo semiestruturada, pois esta possibilita questionamentos relacionados ao tema da pesquisa embasados em teorias e hipóteses, permitindo descrição dos fenômenos sociais, além de explicação e entendimento de sua totalidade, com a participação ativa

do pesquisador (Manzini, 2004).

Os dados das entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, a qual teve como propósito utilizar procedimentos que possibilitaram expor os conteúdos através de categorias para obtenção de deduções sobre as mensagens obtidas (Minayo *et. al.*, 2012).

O intuito foi ter clareza das características, estruturas ou padrão que estavam implícitos nas partes das mensagens levadas em consideração. Foi um trabalho que buscou compreender o significado da comunicação, na postura de receptor normal e ainda aprofundar-se na informação à procura de outro sentido ou mensagem (Câmara, 2013).

Resultados e Discussões

Este capítulo apresenta os principais achados da pesquisa documental, a qual resultou na definição da amostra dos trabalhadores que passariam pela entrevista, além dos gestores.

Na análise de conteúdo aplicada às entrevistas, encontrou-se as seguintes categorias de análise, as quais conduzem a discussão dos dados a seguir: percepção sobre adoecimento mental, sinais de adoecimento mental; violências relacionadas ao trabalho; estratégias de cuidado, mobilização e suporte da equipe; estratégias de proteção; e propostas de intervenção, cuidado e proteção.

Análise Documental

O levantamento documental de 2019 revelou que o CAPS II teve 381 dias de afastamentos/licenças, enquanto o CAPS AD III registrou 541 dias. As principais categorias de doenças identificadas incluíram problemas relacionados ao sistema reprodutor, coluna, membros inferiores e superiores, histórico de doença familiar e transtornos mentais. Observou-se que os transtornos mentais foram identificados exclusivamente no CAPS AD III, abrangendo profissionais de nível superior e médio. O Transtorno de Adaptação (CID 43.2) foi o mais frequente, com 3 casos, seguido pelo Transtorno Afetivo Bipolar, com 2 casos.

De acordo com o Anuário divulgado pelo Ministério da Previdência Social, os transtornos mentais se destacam nos grupos de agravos relativos ao trabalho. Em 2017, foram registrados na Previdência Social 16.667 casos de transtornos mentais

pertencentes ao grupo F da Classificação Internacional de Doenças (CID) concernentes ao trabalho são eles: F43-Reações ao estresse grave e transtorno adaptação, F41-Outros transtornos ansiosos, F32- Episódios depressivos, F33-Transtorno depressivo recorrente, F.31-Transtorno afetivo bipolar e F40-Transtorno fóbico-ansiosos. Na região Norte do país as estatísticas relativas a esses transtornos mentais revelam 879 casos (Brasil, 2017). Estes dados corroboram com as informações da pesquisa dos afastamentos com os CIDs apresentados e a estatística brasileira.

Fundamentando-se na Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, os trabalhadores da saúde possuem direito a ações de assistência e de recuperação dos agravos, por meio de ações coletivas para promoção, prevenção e vigilância de locais, processos e atividades de trabalho, além de intervenção sobre os fatores determinantes de sua saúde (Brasil, 2012).

Diante disso, nota-se que as ações em saúde já são asseguradas por lei se mostrando um direito garantido dos servidores da saúde que influenciam diretamente na sua prática laboral e qualidade de vida. Ademais, a partir desta pesquisa com trabalhadores que passaram por afastamento do trabalho, possibilitou-se uma percepção ampliada sobre o processo de adoecimento e o tratamento desses casos pelo servidor e pelo serviço.

Percepção sobre adoecimento mental

O profissional do SUS pode adotar uma abordagem cuidadosa e proporcionar valiosas contribuições na atenção e prevenção de doenças mentais relacionadas ao trabalho. Isso envolve desafiar as visões individualistas, naturalizantes e fatalistas que frequentemente dominam a percepção do processo saúde-doença mental no ambiente de trabalho, e promover o protagonismo dos trabalhadores (Souza;Bernardo, 2012).

A partir dos dados obtidos e analisados por meio das entrevistas, pode-se inferir que os gestores compreendem que o adoecimento mental está relacionado a processos de trabalho desgastantes, sobrecarga, falta de perfil e doença anterior atrelada ao trabalho. Dentre os fatores que podem levar o trabalhador ao adoecimento mental relacionado ao trabalho, os gestores indicaram: a insatisfação, problema de relacionamento interpessoal com equipe, sobrecarga e carga horária pesada.

> *“Tudo aquilo que envolve o processo de trabalho que leva ao sofrimento. Pode ser mínimo ou máximo. Depende do impacto do trabalho. É gradativo, há a massificação do adoecimento. Processo de trabalho desgastante, dinâmica de adaptação ao processo de trabalho e não ter aptidão técnica e pessoal”. (*G1)
>
> *‘’Acredito que esteja relacionado a carga que o servidor carrega essa carga pode ser referente ao serviço ou também algo de cunho pessoal”. (G2)*
>
> *“Um dos maiores fatores é a insatisfação do trabalhador com o serviço, o público (usuário). Há também desentendimento com a equipe, gestão e relacionamento interpessoal no trabalho, além da sobrecarga”. (G2)*
>
> *“Se tem uma doença anterior, predisposição, adoece com o trabalho. O trabalho é adoecedor no CAPS. Sobrecarga de trabalho, carga horária pesada (poderia ser 30 horas para todos), não ter tempo de descanso, férias deveria ser 02 vezes ao ano”. (G3)*

Há estudos que mostram que a satisfação e a sobrecarga dos trabalhadores da saúde são indicativos de qualidade dos serviços de saúde mental. Tais fatores podem resultar em danos à saúde geral do trabalhador, incluindo a saúde mental, reverberando no seu trabalho, bem como, comportamento social e vida diária. No mesmo sentido, a sobrecarga pode causar elevação do número de ausências no trabalho, rotatividade e estresse. (Fidelis et al., 2021)

As falas dos gestores referente aos sinais de adoecimento mental corroboram com os sinais indicativos de sobrecarga, como expressado pela fala do gestor, transcrita abaixo.

> *“Irritabilidade com o processo de trabalho, menosprezo, rejeição, mudança de comportamento com a equipe, ficando mais agressivo ou isolado, falta sem justificativa plausível”. (G1)*

Ainda sobre a compreensão do adoecimento mental, mas agora na perspectiva dos trabalhadores, pode-se notar uma visão sobre adoecimento mental com alguns aspectos parecidos com os dos gestores no que se refere a sobrecarga de trabalho, insatisfação e frustração. No entanto, também agregaram a ausência de suporte e o acolhimento dos gestores.

> *“Queria algo para prevenir esses episódios, se tivesse apoio da gestão, se tivesse sido acolhido não precisava ter passado por isso.”(T2)*
>
> *“A insatisfação está ligada ao adoecimento mental, quando não se quer trabalhar. Aquilo que fez não traz mais prazer, traz dor. Não consegue prestar assistência para o paciente. Os mais responsáveis são as chefias, nem todos.”(T1)*
>
> *“Mesmo falando, não tive apoio nenhum. A gestão era truculenta, nos*

> *percebia enquanto trabalhadores e não sujeito que podia entrar em adoecimento. Teria que produzir apenas, só queria produção."(T2)*

Correlacionando com as falas dos profissionais, pesquisas indicam que os principais problemas relacionados ao aspecto organizacional no CAPS são a fragilidade da gestão pública que tem enorme reflexo no trabalho, relações interpessoais e situações insuficientes dos serviços (Lima; Sampaio; Ferreira Júnior, 2023).

A satisfação no trabalho é influenciada por diferentes aspectos presentes no ambiente organizacional, que podem ser divididos em dois grupos: eventos e condições, e agentes. Os eventos e condições incluem fatores como a remuneração, o tipo do trabalho, as oportunidades de progressão e reconhecimento na carreira, bem como, das condições gerais e do ambiente laboral. Já os agentes englobam as relações com colegas e subordinados, gestores e coordenação, e a própria instituição ou organização (Guimarães; Jorge; Assis, 2011).

Sinais de adoecimento mental

Tanto trabalhadores como gestores informaram já terem percebido sinais de adoecimento mental em colegas. A intensificação do trabalho é um fator significativo no surgimento do cansaço e de problemas relacionados à saúde mental, como pode ser observado nas falas abaixo transcritas.

> *"Desmotivação, cansaço físico extremo, tristeza, apatia, descaso (só cumprir carga horária, levado pela fadiga e estresse), náusea, vômito e dor de cabeça." (T1)*

> *"Destemperos, doenças físicas que não são físicas, chorosos, emocionalmente abalados, problemas familiares causados pelo comportamento da pessoa, comportamento diferente do costumeiro." (T2)*

Em tais expressões do sofrimento vivido pelos trabalhadores, os principais sintomas incluem: a fadiga, que os trabalhadores experimentam como cansaço e irritação, e que pode se manifestar como desânimo e falta de controle, podendo evoluir para a fadiga patológica e a Síndrome de Burnout; distúrbios do sono, que agravam a fadiga e podem levar a problemas psicopatológicos; crises (como psicose, epilepsia, e agitação psicomotora), frequentemente desencadeadas por jornadas de trabalho extremamente longas, falta de folgas, turnos dobrados e trabalho remoto, além da intensificação do ritmo produtivo; acidentes de trabalho, uma vez que o desgaste físico

e mental pode afetar a atenção, memória, raciocínio e a capacidade de tomar decisões rápidas em situações de emergência, aumentando o risco de acidentes; e finalmente, transtornos mentais (Viapiana;Gomes; Albuquerque, 2018).

Quando questionados se já haviam apresentado sinais de adoecimento mental parecidos com os observados em seus colegas, um dos trabalhadores revelou o "retorno" de sintomas relativos à síndrome do pânico.

> *"Desenvolvi (retornou) síndrome do pânico. Aperto no coração, taquicardia e falta de ar."(T1)*

Essa fala fortalece o discurso de um dos gestores que afirmou que o adoecimento mental no CAPS pode estar relacionado a doenças preexistentes.

> *"Se tem uma doença anterior, predisposição, adoece com o trabalho. O trabalho é adoecedor no CAPS." (G3)*

Contudo, trabalhar na área da saúde mental exige que os profissionais estejam emocionalmente disponíveis, uma demanda que muitas vezes vai além das habilidades técnicas necessárias para o trabalho. Essa expectativa pode resultar em tensões, problemas de saúde e desequilíbrios psíquicos.

A atuação no CAPS traz em si uma dimensão afetivo-emocional, que ocasiona sofrimento devido ao trabalho que é desgastante e às vezes coloca o trabalhador em contato com suas próprias questões. Isso vai além de aspectos técnicos e formativos de cada área e não tem a ver com fragilidade do trabalhador (Merçom;Constantinidis, 2020).

Violências relacionadas ao trabalho

A falta de suporte da gestão pode ser interpretada como violência. A ausência de medidas eficazes para resolver situações de estresse e sobrecarga, bem como o distanciamento da gestão, foram identificadas como contribuintes significativos para o sofrimento mental. Além disso, a fala dos trabalhadores revelara violência relacionada ao trabalho explícita e implícita.

> *"Disse que eu não tinha perfil e gritou comigo. Disse que eu seria transferido. Depois que voltei (afastamento) tentou me assediar sozinho novamente, mas me defendi." (T1)*

A violência no trabalho envolve comportamentos que ofendem e humilham, violando as normas que asseguram um ambiente harmonioso. Ao isolar e desacreditar trabalhadores adoecidos, as instituições tentam evitar que suas histórias sejam conhecidas e diminuem a credibilidade delas. Essa prática contribui para a piora das

doenças e para o aumento da incapacidade, além de prejudicar a prevenção. A falta de investimento na prevenção resulta na cronificação da incapacidade entre trabalhadores ainda em idade produtiva (Tavares; Lima, 2019).

Como pode ser observado na fala abaixo, o trabalhador fala dos fatores que teriam motivado o seu afastamento:

> *"Episódios de violência que sofria, aquilo foi acumulando e não suportei. Muita violência. Tinham violências veladas e diretas, dos usuários e institucionais." (T2)*

Um estudo sobre violência institucional aponta que a persistência e a ampla ocorrência dos episódios de violência levam à sua caracterização como institucional. Isso significa que há aspectos na forma como o serviço e o usuário interagem que perpetuam relações violentas (Azeredo; Schraiber, 2017).

O trabalho na área da saúde pode ser bastante oneroso para os profissionais, uma vez que, as interações entre profissionais e usuários podem gerar efeitos tanto positivos quanto negativos para ambos os lados. Quando a relação entre profissional e usuário não é satisfatória, é de se esperar que surjam consequências prejudiciais para ambos (Brotto; Dallbelo-Araújo, 2012).

Mobilização, suporte da equipe e estratégias de cuidado

Os relatos sobre a mobilização da equipe diante de um colega adoecido foram variados. Enquanto alguns gestores relataram apoio e suporte em casos graves de adoecimento, outros observaram críticas e falta de acolhimento em casos menos severos.

> *"A equipe acaba atacando a pessoa, reprova o comportamento. Há um pouco de acolhimento, quando é significativo e declarado (o adoecimento). Mas quando é inicial, sofre ataques e críticas." (G1)*

> *"A equipe não acolhe, pois acredita que o trabalhador se desinteressou pelo serviço e a está sobrecarregando." (G2)*

> *"Se desdobram, cobrem o horário do colega, são colaborativos, dão apoio, ligam, visitam, apoio moral, tranquilizam o colega sobre a rotina do trabalho enquanto está afastado, não duvidam." (G3)*

Já os trabalhadores, por sua vez, concordaram que não havia mobilização da equipe.

> *"Não. Colega não fala, não se posiciona com a chefe, não testemunha a favor do colega. Conversar e esclarecer. A equipe fala muito e age*

*pouco." (*T1)

Quanto às estratégias de cuidado adotadas pelos gestores, a maioria menciona que recorrem ao acolhimento informal dos trabalhadores com sinais de adoecimento mental, tendo apenas um gestor encaminhando trabalhadores para avaliação profissional de saúde mental.

> *"Quando é com um colega de trabalho que se tem alguma abertura, tento conversar para entender o que está ocorrendo. Em outros casos indico para conversar com alguém, pedir remoção para procurar outro serviço que se adeque."(G1)*
>
> *"Tento abordagem para entender o porquê para saber se está relacionado ao serviço. A abordagem é sempre o diálogo." (G2)*
>
> *"Tento marcar atendimento psicológico e psiquiátrico para ver se precisa de afastamento ou remanejo." (G3)*

Cabe ressaltar que na saúde mental o instrumento fundamental é o trabalhador, este que não dispõe de equipamentos tecnológicos de última geração para apoiar no cuidado e na atenção totalizada à saúde dos usuários e constantemente não desfruta de uma rede assistencial, social e jurídica articulada associada a integralidade do cuidado (Trevisan; Haas; Castro, 2019).

Os trabalhadores relataram que utilizaram como estratégia de cuidado diante dos sinais de adoecimento mental suporte profissional, uma vez que não obtiveram apoio da gestão.

> "*Senti sintomas e procurei ajuda, terapia, psiquiatra, fui acolhido por esses profissionais. Me achava diferente, com muito medo. Senti confusão, medo de ficar perturbado, de perder a noção das coisas, psicologia foi um divisor de águas."(T2)*
>
> *"Fiz exercício respiratório, terapia, liguei o botão do f*da-se, fiz minha própria parte, porque não sou valorizado."(T1)*

Tais falas realçam a invisibilidade dos trabalhadores adoecidos, enquanto são compelidos a desenvolverem suas próprias estratégias de acolhimento e cuidado com os recursos psíquicos que dispunham, ainda que fragilizados.

O adoecimento dos trabalhadores muitas vezes é tratado como algo natural e inevitável em seu trabalho. Isso ocorre por duas razões principais: primeiro, algumas características do trabalho são vistas como intrínsecas aos modelos de gestão utilizados; segundo, muitas vezes se atribui responsabilidade aos próprios trabalhadores, como se fosse impossível mudar essas condições. Além disso, frequentemente são destacadas as dificuldades em superar tais problemas. No entanto, é necessário questionar se o adoecimento dos trabalhadores realmente

precisa ser uma expectativa no campo da saúde (Brotto; Dallbelo-Araújo, 2012).

Estratégias de proteção inseridas nos processos de trabalho nos CAPS

Foi constatado que não existem estratégias de proteção formalmente instituídas nos processos de trabalho dos CAPS. Os gestores indicaram que a responsabilidade pelo cuidado da saúde mental dos trabalhadores não está claramente definida e houve responsabilização do outro (setor, gestor) por esse cuidado.

> "*Tem o setor de saúde do trabalhador que deveria trabalhar com isso. Notificação, gerar dados para ações, mas há subnotificação."(G1)*
>
> *"A gestão não tem um pingo de compromisso com a saúde do trabalhador."(G3)*

Enquanto isso, houve discordância na fala dos trabalhadores quanto à existência de estratégias de proteção.

> *"Não. O cuidado deveria ser um aspecto mais abordado. Há muitos fatores que desestimulam. Não há nada de positivo dos setores. Cobrança, deveres e não tem direitos. Não tem flexibilidade. Fui impedido de sair do CAPS para fazer terapia, mesmo apresentando a declaração. Liguei no RH e soube que há um documento de 2017 que ninguém pode ser impedido de tratar da saúde. Desisti da terapia. A gestão imprimiu o decreto e disse que não tinha direito, pois só em casos fortuitos. Não há flexibilidade. Gera insatisfação". (T1)*
>
> *"Alguns residentes faziam projetos para cuidado relacionado à atividade física, dinâmicas, mas não se aprofundava na questão. Que fosse direto e elaborado e não teve. Falava na reunião de quarta-feira (reunião geral de equipe), mas não era específico."(T2)*

Conforme as falas, os trabalhadores compreendem a necessidade de cuidar de si. Todavia, citam que não havia nenhum tipo de estratégia, ou que havia sem profundidade e continuidade. Com base nos resultados, é evidente a necessidade de implementar programas de intervenção multiprofissionais, com recursos humanos formados e atuando dentro da própria instituição, para prevenir, diagnosticar e promover a saúde dos trabalhadores (Formiga;Paula, 2022).

A abordagem sistemática na análise da saúde do trabalhador possibilita uma investigação detalhada dos processos de trabalho. Isso facilita a criação de estratégias de intervenção que fornecem suporte aos profissionais de saúde mental. Tais intervenções são primordiais para resguardar a saúde dos trabalhadores e, assim, assegurar um atendimento de alta qualidade à população (Trevisan;Castro, 2016).

Propostas de estratégias de intervenção, cuidado e proteção

Tanto gestores como trabalhadores sugeriram nas entrevistas estratégias para proteção e cuidado em saúde mental a nível individual, coletivo e da gestão. No campo de possibilidades de estratégias a nível de gestão, vemos nas falas dos participantes da pesquisa, as seguintes expressões:

> *"Conseguir colocar as pessoas certas no lugar certo, com habilidade e competência técnica. Busco trabalhar os perfis. Os CAPS são complexos pela demanda. A pessoa sem perfil fragiliza o serviço e a pessoa adoece. Condições melhores de trabalho, não só estrutura física, mas quantitativo profissional. Mas o problema é que é responsabilidade da alta gestão." (G1)*
>
> *"Apoio maior para a equipe (gerência de saúde mental). Equipe gestora desinteressada e mais capacitação." (G2)*
>
> *"Equipe de saúde mental completa e capacitada. Poupar o trabalhador, olhar, cuidado com segurança." (G3)*
> *"Algumas coisas precisam ser copiadas. Atividades antes de começar e alongamento. Deve partir da gestão" (T1)*
>
> *"Oferecer dispositivos para usufruir. Não ter disponibilidade de dispositivos na rede é muito ruim."(T2)*

Os serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criados a partir da reforma psiquiátrica, ainda enfrentam obstáculos que afetam a qualidade esperada. Esses obstáculos incluem a insuficiência de serviços, a falta de recursos humanos e materiais, a ausência de capacitação adequada dos profissionais e a dificuldade na integração entre os serviços. Para enfrentar esses problemas e aprimorar a qualidade dos serviços, é essencial realizar uma avaliação contínua, que permita identificar, corrigir e reduzir as questões existentes (Trevisan, 2019).

A ineficiência na contratação de pessoal e a falta de alinhamento entre o perfil dos trabalhadores e as exigências do cargo foram identificadas como fatores preponderantes para o adoecimento mental. A concordância entre gestores e trabalhadores quanto à necessidade de um perfil adequado e capacitado sugere que melhorias na contratação e treinamento poderiam aliviar parte do estresse e do adoecimento.

As características próprias dos serviços de saúde mental sublinham a importância de uma capacitação constante e da adoção de estratégias adaptativas no ambiente de trabalho. É fundamental proporcionar suporte aos profissionais, aprimorar suas competências para enfrentar situações estressantes e diminuir a carga

emocional que enfrentam (Trevisan, 2019).

Nesse sentido, enquanto possibilidades de estratégias a nível coletivo, tanto trabalhadores quanto gestores apresentam algumas sugestões que a equipe poderia movimentar para mudar a realidade de violência e adoecimento mental no contexto do trabalho, como pode ser observado nas expressões abaixo:

> *"Trabalhar as funcionalidades dentro do processo da equipe. Há uma fragmentação (processo hierárquico) que não vê uma equipe multiprofissional, mas o grupo médico, a equipe multiprofissional e de enfermagem. Devido a isso acaba que não existe equipe. Precisa de uma coesão entre equipe." (G1)*
>
> *"Buscou capacitação e ações de saúde do trabalhador. Palestras sobre adoecimento do trabalhador." (G2)*
> *"Deixar de competição, picuinha, disse que me disse. Diálogo, acolhimento, empatia."(T1)*
>
> *"Se acolher mais, enxergar o colega, acesso a consultas com psiquiatra, poderia. Equipe podia se perceber como militante do SUS para si, CAPS para si, serviço de saúde para nós também. Equipe podia ter batalhado."(T2)*

Pesquisas fundamentam essa visão de autocuidado dos trabalhadores, para promoção de seu bem-estar e o melhor desempenho de suas funções, pois notam que, quando estão bem, dispõe de disponibilidade para melhor cuidado do usuário (Merçom;Constantinidis, 2020).

Por fim, a nível individual, os trabalhadores e gestores trazem também algumas possibilidades de estratégias que podem ser adotadas para melhorar as condições de trabalho e, consequentemente, a saúde mental dos trabalhadores.

> *"Cuidar de sua saúde mental. Aprender a identificar o que traz sofrimento e alívio. Ter atenção a sua saúde mental.*" (G1)
>
> "*Tentar novas ferramentas, interagir com os colegas para acolhimento e apoio, aproveitando os profissionais que se tem no serviço. Exemplo: Houve um tempo atrás que foi ofertada consulta com o psiquiatra do serviço e muitos trabalhadores buscaram ajuda,*
> *alguns inclusive estão até hoje*." (G2)
>
> "*Somos os primeiros a querer saúde. Terapia, remédio, avisar para a equipe que não está bem, pra ficar mais só.* (T1)
>
> *"Podia ter feito mais. Perceber mais o colega, intimidade, enxergar outro colega.*" (T2)

Essa pesquisa revelou aspectos adoecedores relacionados ao trabalho nos CAPS. A falta de apoio da gestão, perfil inadequado dos trabalhadores e violência

relacionada ao trabalho foram dados significativos que refletem a dinâmica deste serviço.

Esta análise evidenciou a necessidade de apoio dos trabalhadores dos CAPS, não apenas dos adoecidos. Possibilitou se tornar um espaço de diálogo e reflexão tanto de gestores como de trabalhadores, a fim de repensarem suas práticas e adotarem um olhar humanizado para essa causa tão profunda e atual.

Considerando as informações obtidas por intermédio desta pesquisa, em que tanto trabalhadores quanto gestores referiram a ausência de estratégias de proteção em saúde mental e ressaltaram a relevância de implementação de estratégias de cuidado com esse propósito, seguem sugestões de estratégias para melhoria de condições de trabalho, construídas a partir das contribuições dos participantes deste estudo, bem como, com a literatura existente e a experiência desta pesquisadora:

Suporte em Saúde Mental: Implementar horários flexíveis para permitir consultas de saúde mental sem comprometer o trabalho; Garantir acesso a atendimento psicológico, psiquiátrico e medicação para transtornos mentais. Estabelecer uma rede de suporte dentro da organização.

Espaço de Fala e Conscientização: Criar momentos específicos nas reuniões de equipe para que os trabalhadores e gestores possam discutir processos de trabalho e problemas de serviço, a fim de desenvolver estratégias; Implementar programas de acolhimento e respeito à condição de cada colega. Transformar esses princípios em estratégias de cuidado efetivas; Implantar programas contínuos de educação e treinamento sobre saúde mental para a identificação de sinais de adoecimento mental e práticas de cuidado.

Prática de atividades físicas: Integrar práticas de ginástica laboral regularmente para promover o bem-estar físico e mental.

Relação Interpessoal: Melhorar a interação e coesão entre a equipe através de atividades e treinamentos focados na melhoria das relações interpessoais; Garantir que a gestão ofereça suporte efetivo, confie no parecer técnico dos profissionais e tenha uma maior proximidade com a equipe.

Protocolos de Segurança: Definir e implementar protocolos para garantir a segurança e o bem-estar dos trabalhadores.

Condições de trabalho: Melhorar a infraestrutura e aumentar o quadro de profissionais para garantir condições adequadas de trabalho; Promover uma melhor compreensão dos serviços oferecidos pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); Criar um serviço de atendimento especializado para comportamento suicida, devido à alta demanda.

Monitoramento e Avaliação: Estabelecer um sistema de monitoramento e avaliação contínua das ações implementadas para garantir sua eficácia e realizar ajustes conforme necessário.

Diante do exposto, pode-se constatar que há uma diversidade de possibilidades de intervenções junto aos serviços de saúde que podem contribuir significativamente com a saúde mental dos trabalhadores e refletir na qualidade dos serviços prestados por esses, melhorando, portanto, o cuidado à saúde da população.

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo apontam que tanto os gestores quanto os trabalhadores compreendem o adoecimento mental e os fatores que podem levar ao adoecimento dos profissionais de saúde mental, especialmente pela própria intensidade característica deste campo de atuação. Ao explorar tais fatores que levam ao adoecimento mental ou que o reforçam, é inevitável fazer a conexão com a presença de um contexto de violência relacionada ao trabalho.

O contexto de adoecimento mental dos trabalhadores deste estudo torna-se mais expressivo diante das características do trabalho, das violências vivenciadas no trabalho, agravadas pela falta de mobilização, suporte e cuidado por parte da própria equipe, não somente de gestores. Sobre todos, de fato, pesa a falta de apoio diante do adoecimento e a ausência de estratégias de cuidado e proteção à saúde mental dos trabalhadores.

Embora não haja estratégias de proteção definidas formalmente, tanto gestores como trabalhadores puderam identificar e relacionar possibilidades interventivas em seu ambiente de trabalho.

Foi consensual entre o público entrevistado a relevância de um dispositivo capaz de oferecer atendimento especializado em saúde mental, específico para os profissionais dos CAPS.

Nos discursos dos gestores houve uma transferência da responsabilidade do cuidado dos trabalhadores para outros gestores ou área específica, o que sugere a hipótese de que eles também podem se perceberem como ocupantes desse lugar de cuidado. Suscitada essa possibilidade cabe questionar se é possível propor ações interventivas de cuidado quando se está inserido no ambiente adoecido, podendo inclusive também estar afetado por esses sintomas.

Embora os gestores informaram que deem algum tipo de atenção aos trabalhadores adoecidos é consensual entre todos, incluindo os trabalhadores a necessidade de um plano de cuidado estruturado e formal como estratégia de cuidado e proteção. Um protocolo formal de cuidado e proteção poderia direcionar gestores e trabalhadores para condutas eficazes e que atendam a realidade do serviço, possibilitando o fortalecimento de práticas que promovam bem-estar e acessibilidade a todos, antes mesmo do cometimento do adoecimento mental.

Como um disparador para possibilidades de intervenção nesse contexto de violência e adoecimento mental, os participantes sinalizam algumas sugestões que podem ser aplicadas individualmente, mas também por toda equipe em seus processos de trabalho, bem como, iniciativas que podem e devem ser tomadas pelos gestores para contribuir com a saúde mental daqueles profissionais que estão cuidando da saúde mental da população.

Dada a ausência de estratégias de cuidado e proteção para com a saúde mental dos trabalhadores, além da percepção de que o trabalho realizado por estes pode ter relação direta com seu adoecimento mental, pode-se citar aqui uma síntese das principais sugestões obtidas no presente estudo, tais como espaço de fala instituído nas reuniões de equipe para discussão sobre processos de trabalho, capacitações sobre adoecimento mental e práticas de cuidado, suporte em saúde mental com disponibilidade de atendimento especializado em saúde mental aos trabalhadores dos CAPS, fortalecimento do vínculo entre equipe e gestão, definição de protocolos de segurança, ações de cuidado voltadas também para atividade física e melhoria nas condições de trabalho (Recursos Humanos e estrutural).

Como sugestão para trabalhos futuros, sugere-se aos gestores e trabalhadores dos serviços de saúde mental, que considerem as informações aqui apresentadas enquanto direcionamento para intervenções na realidade e melhoria da saúde mental

dos trabalhadores.

Referência Bibliográfica

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B.. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3013–3022, set. 2017. Disponível em:https://www.scielo.br/j/reben/a/fKfh9dc7mmwjPytSY4vB7ys/?lang=pt#. Acesso em: 14 set. 2024.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho. Salvador: DIVAST, 2014. 60 p: il. (**Caderno de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhado**r). Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/276627/. Acesso: 07 dez 2018.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Rev. Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out.mar. 2005. Disponível em: http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689. Acesso em: 07 Nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**, Brasília,DF, ago 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html . Acesso em: 30 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico de acidentes do trabalho**. Brasília, 2017: Ministério da Previdência Social. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf . Acesso em: 30 nov. 2018.

BROTTO, T. C. de A.; DALBELLO-ARAÚJO, M.. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 290–305, jul. 2012.Disponível em:https://www.scielo.br/j/rbso/a/H8kkPpscPfNyLMYwtrZKMmp/#ModalHowcite Acesso em: 13 set. 2024.

CREMESP.**Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013 0002 00003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2018.

COUTINHO, M. **Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 12, n.2, p. 189-202, 1 dez. 2009.

DEJOURS, C. Avant-propos para a edição brasileira. Addendum: **da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, S.;

SZNELWAR, L. I. (Orgs.); Dejours, Christophe. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004

FIDELIS, F. A. M. *et al.*. **Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental** . Escola Anna Nery, v. 25, n. 3, p. e20200309, 2021. Disponível em:https://www.scielo.br/j/ean/a/DPL5pJtmChpWnhDYrf4D9wH#. Acesso em: 13 set. 2024.

FORMIGA, N.S, PAULA, N.H.M.M.,SILVA,A.K.L.Suporte organizacional e danos relacionados ao trabalho: um estudo correlacional com trabalhadores brasileiros. **Revista de Carreiras Pessoas**. Vol. 12, n. 2, 2022. Disponível em:<https://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/view/50236/39582> Acesso em: 16 set. 2024.

GUIMARÃES,, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A.. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2145–2154, abr. 2011. Disponível em:https://www.scielo.br/j/csc/a/nc3QWWFJMmQqH5gJWVBPTfd/?lang=pt#. Acesso: 16 set. 2024.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; FERREIRA JÚNIOR, A. R.. Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental. **Rev. Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 878–892, out. 2023.Disponível em:< https://www.scielo.br/j/sdeb/a/d54Qf5yjHjqkVDZrC3ybJnk/#>. Acesso em: 13 set. 2024.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. **Anais do Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Bauru: USC, 2004. CD- ROOM. ISBN:85-98623-01-6. 10p. Disponível em:https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini /Manzini_2 004_e ntrevista_semi-estruturada.pdf. Acesso em: 08 nov. 2018.

MERÇOM, I. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. **Processos de Trabalho e a Saúde Mental dos Trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa**. Contextos Clínicos, v. 13, n. 2, mai./ago. 2020.

MINAYO, M. C. S et. al., **R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NEVES, D. R. *et. al.* Significado e Significância do trabalho: uma revisão de artigos publicados em periódicos associados à Biblioteca Científica de Periódicos Eletrônicos. **Cad. EBAPE.BR** , Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 318-330, junho de 2018. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-395120180 0020031 8&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov 2018.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 29, n. 4, p. 318-325, Aug. 1995.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995

00040001 0&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Nov. 2018.

PIANA, M. C. **A pesquisa de campo**. Scielo. São Paulo, Editora UNESP, 2009. Disponível em:http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-06.pdf. Acesso em: 07 nov 2018.

SANTOS, A. M. R. Dos . *et al*.. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 84–90, jan. 2011 Disponível em:https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172019000100006.Acesso em: 13 set. 2024

SÁ-SILVA, J. R. *et. al*.. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. In: **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais** Ano I - Número I - Julho de 2009 Disponível em: https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/viewFile/6/pdf. Acesso em: 10 nov 2018.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H.. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. e26, 2019. Disponível em:https://www.scielo.br/j/rbso/a/BZfzmT5SM4p4McZfctc8vqn/?lang=pt#. Acesso em: 13 set. 2024.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos em saúde: definições, diferenças e sujeitos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, junho de 2005. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200500030002 5&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov 2018.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. DE .. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Rev. Saúde em Debate**, v. 42, n. spe4, p. 175–186, dez. 2018. Disponível em:https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Y36fDqvZL5Js4nnWpXrYpBb/#ModalHowcite . Acesso em: 13 set. 2024.

ESTIGMA E DROGADIÇÃO FEMININA: BARREIRAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO E PERMANÊNCIA DAS MULHERES NO ACOLHIMENTO DIURNO OU INTENSIVO 24 HORAS NO CAPS AD III DO MUNICÍPIO DE PALMAS- TO

FEMALE STIGMA AND DROGADITION: BARRIERS FOR ADHERENCE TO THE TREATMENT AND STAY OF WOMEN IN 24 HOURS DAY OR INTENSIVE ACCOMMODATION IN CAPS AD III IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS- TO.

Maisa carvalho Moreira[1]
Alessandra Ruita Santos Czapski[2]
Érica Pollyana Oliveira Nunes[3]

Resumo: Este trabalho objetiva conhecer as barreiras que interferem na adesão ao tratamento e permanência das mulheres usuárias de substâncias psicoativas no acolhimento diurno ou intensivo 24 horas no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas lll do município de Palmas- TO. Dentre os pressupostos metodológicos referencia-se a pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas para um maior aprofundamento da temática abordada. O objeto da pesquisa, são mulheres usuárias de substancias psicoativas em tratamento no CAPS Ad lll. Os resultados indicaram que a baixa escolaridade, renda, estigma, violência de gênero e fragilidades/rompimento dos vínculos familiares, constituem barreiras para adesão e permanência no tratamento da drogadição feminina. A relevância desta pesquisa está na possibilidade de construir novas reflexões acerca da temática, observando os diversos contextos que essa problemática se insere.
Palavras-Chave: Drogadição feminina; Política Pública; Estigma; Gênero.

Abstract: This work aims to know the barriers that interfere in the adherence to the treatment and permanence of women who use psychoactive substances during 24-hour day or intensive care at the Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs lll in the city of Palmas-TO. Among the methodological assumptions, qualitative research with semi-structured interviews is referred to for a deeper understanding of the theme addressed. The object of the research are women users of psychoactive substances being treated at CAPS Ad lll. The results indicated that low schooling, income, stigma, gender violence and weaknesses / disruption of family bonds, constitute barriers to adherence and permanence in the treatment of female drug addiction. The relevance of this research is in the possibility of building new reflections on the theme, observing the different contexts that this problem is inserted.
Key words: Female drug addiction; Public policy; Stigma; Genre.

---

[1] Assistente social pela Universidade Federal do Tocantins. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à saúde, especialista em saúde mental. Compõe o Coletivo de Luta Antimanicomial de Palmas-TO – COLAPA. E-mail: maisacarvalho20@gmail.com.

[2] Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2010), Pós-Graduação Lato Sensu em Administração e Planejamento de Projetos Sociais, Graduação em Serviço Social pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (2005). É docente da Universidade Estadual do Tocantins, atuando principalmente nos seguintes temas: Gênero, políticas sociais, violência doméstica contra a mulher, dependência química. E-mail: alessandra.rs@unitins.br.

[3] Assistente Social pela Universidade Estadual do Tocantins- UNITINS, especialista em Saúde da Família e Comunidade, mestrando em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Docente na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Tutora no programa de saúde interprofissional-PET-Saúde (UFT/UNITINS). Coordenadora de grupos de estudo em gênero, pesquisa na área da saúde e processo de trabalho. E-email: erica.po@unitins.br

Introdução

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade, sua função varia de acordo o período histórico, contexto social e cultural. Atualmente o crescimento acelerado de usos de entorpecentes tem se tornado uma preocupação mundial e uma questão de saúde pública. Tal fenômeno engloba diversos espaços e segmentos sociais e seu enfrentamento tem exigido ações intersetoriais devido à complexidade de compreender as nuances que essa problemática se insere.

Apesar do consumo de drogas por homens ser superior se comparado as mulheres, nos últimos anos, pesquisas mostram que a participação feminina nas estatísticas vem aumentando numa velocidade acelerada, principalmente na população mais jovem. Por outro lado, quando se trata de benzodiazepínicos, estimulantes e analgésicos, ou seja, as drogas consideradas lícitas, o uso por mulheres predomina. Zanello (2010) faz uma consideração importante sobre esse dado:

> [...] podemos encontrar nestes dados importantes questões de gênero [...]. Pela escuta dessas mulheres podemos afirmar: o álcool é visto como um problema que precisa ser resolvido porque coloca em xeque os papéis sociais masculinos. Isto é, interrompe o ciclo laboral, o rendimento, a virilidade esperada de um homem, em todos os âmbitos nos quais ele participa. Já o diazepam é um medicamento que permite as mulheres continuarem cumprindo seu papel social: ser cuidadora dos filhos, do lar, aceitar a subjugação social e sexual de seus parceiros etc. Enfim, há uma perversidade no sistema, na qual as relações de gênero são tornadas invisíveis [...] (p. 315).

A relação da sociedade com a dependência entre homens e mulheres é muito diferente, desta forma, dentro do contexto plural das relações na sociedade, abordar sobre drogadição feminina requer compreender a construções simbólicas e representacionais para chegar aos desafios que as mulheres enfrentam na busca ao tratamento ou a permanência no mesmo.

Pensando nisso, este estudo buscou conhecer as barreiras de acesso e o estigma social em relação às mulheres usuárias de SPA no município de Palmas-TO, baseando-se adesão ao tratamento e permanência no acolhimento diurno ou intensivo 24 horas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas lll - CAPS AD lll.

Dentre os pressupostos metodológicos referencia-se a pesquisa qualitativa de cunho exploratório, pois é a que mais contempla este estudo, uma vez que permite analisar os aspectos da realidade respeitando as particularidades dos sujeitos da

pesquisa, como hábitos, cultura e comportamentos. A amostra foi composta por quatro mulheres que encontravam em tratamento no CAPS AD III. A coleta de dados se deu por meio da entrevista semiestruturada com questões abertas no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020 e o método utilizado para analisar os dados, foi o de análise de conteúdo. O estudo em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE:25097419.9.0000.9187)

Analisar os nós que refletem a drogadição feminina é suma importância para entender que esse é um problema estrutural, que requer políticas públicas mais inclusivas, uma visão desmistificada de ideologias culpabilizantes e repressoras bem como para reformulação de plano de cuidado respeitando as singularidades dessas mulheres.

Assim, na perspectiva de sistematização, o presente trabalho está estruturado em 4 tópicos. O primeiro faz uma breve contextualização do o uso de drogas no decorrer da história, o segundo aborda a relação de genro e drogadiçao, o terceiro trata dos aspectos inerentes a Rede de Atenção Psicossocial e a lógica de redução de danos como estratégia de cuidado e por fim, o último tópico traz os resultados e discussões.

Breve contexto social e histórico sobre o uso de drogas

No decorrer da história da humanidade, o uso de substâncias psicoativas foram constantemente utilizadas, sejam em contextos religiosos, alívio de um sofrimento ou na busca do prazer (BRASIL, 2015). A Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD, define o termo droga como “as substâncias ou produtos capazes de causar dependência”, o que pode remeter não só a drogas ilícitas, mas também a medicamentos ou remédios com propriedades terapêuticas estabelecidas ou substâncias capazes de causar dependência e/ou são objeto de abuso.

A partir do século XX surgem as primeiras políticas públicas no Brasil voltadas as pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, momento em que as convenções internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU): a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 tiveram grande influência para o olhar mais ampliado e reconhecido como um problema de saúde pública no Brasil. No entanto,

esse foi e ainda é um processo marcado por muito preconceito, estigma e exclusão dos usuários de drogas, com abordagens segregatórias e repressivas (BRASIL, 2015).

> (...) A proibição às selecionadas drogas tornadas ilícitas tem sido o fator central da expansão do poder punitivo e, consequentemente, da crescente criminalização da pobreza, globalmente registrada desde as últimas décadas do passado século XX. (...) A nociva, insana e sanguinária 'guerra às drogas' – nociva, insana e sanguinária como quaisquer outras guerras – não é efetivamente uma guerra contra as drogas (KARAM, 2011, p.62).

A criminalização do usuário de drogas ilícitas e a desigualdade social e econômica, são alguns dos aspectos que interferem na garantia de direitos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, o que resulta na diminuição da coesão e no aumento da coerção social (BRASIL, 2013). Dentro desse contexto de pluralidade das relações econômicas, sociais e política, discutir o uso de drogas por si só já configura um fenômeno complexo, quando o assunto é drogadição feminina, pela construção sociocultural em torno do gênero e dos papéis sociais da mulher, o estigma é mais expressivo se comparado ao sexo masculino. Maciel et al (2017), afirma que:

> Há pouco mais de algumas décadas, tem se revelado maior visibilidade às mulheres e os possíveis impactos sociais e de saúde decorrentes do seu envolvimento com as drogas, pois, acreditava-se que a dependência química não acometia esse público, uma vez que as mulheres não possuíam problemas vivenciais "visíveis" em relação às drogas, e, portanto, foram aviltadas da esfera pública (2017, p. 440).

Através da contextualização supracitada, permite refletir que o aumento gradativo do uso e abuso de drogas entre mulheres foi invisibilizada no sentido de estudos e oferta de cuidado, visto que esse "comportamento" pelas mulheres é permeado de julgamentos morais, o que é produto de uma construção sociocultural machista e patriarcal.

Gênero e drogadição

A categoria gênero começou a ser usado no Brasil pelas pesquisadoras feministas norte-americanas (Gauleses Rubin, Joan Scott, Judith Butler dentre outras)

em torno dos anos 1980/1990, as quais insistiam na reivindicação de um campo de pesquisa voltado para as ciências humanas e sociais, uma vez que praticamente não haviam produções aprofundadas sobre as desigualdades causadas pela diferença de sexo, sendo que as que haviam, tratavam de “estudos femininos de forma estreita e isolada” (SCOTT, 1995, p. 03).

> O conceito de gênero pode representar uma categoria social, histórica, se tomado em sua dimensão meramente descritiva, ainda que seja preferível voltar à velha expressão categoria de sexo. Uma das razões, porém, do recurso ao termo gênero foi, sem dúvida, a recusa do essencialismo biológico, a repulsa pela imutabilidade implícita em “a anatomia é o destino”, assunto candente naquele momento histórico (SAFFIOTI, 1969a, 1977).

Assim, as pesquisadoras usavam o termo gênero com a compreensão de que os comportamentos e identidades femininas e masculinas não eram determinados naturalmente ou por questões biológicas, pelo contrário, os papeis do homem e da mulher na sociedade são construídos a partir de contextos políticos, culturais, sociais, econômicos e período histórico (GROSSI, 1998).

O principal momento deu-se em 1968, quando os movimentos sociais voltados para causas especificas surgiram e fortaleceram-se. Momento esse, em que o movimento feminista destaca-se, considerando sua forma organizativa e fortalecendo as pesquisas e produções dando assim origem aos estudos sobre mulher e consequentemente o conceito de gênero.

Nesse sentido, entende-se que a definição de gênero assim como o seu uso leva a compreender que o preconceito discriminação de gênero não está diretamente ligado ás mulheres, já que seu conceito não está voltado à sexualidade, mas sim a/o todos/as os sujeitos que não estabelece relação com seus aspectos biológicos, identificando-se com a identidade de gênero (LACERDA, 2015).

As distribuições de responsabilidades entre homens e mulheres são visivelmente desiguais, colocando-os nos lugares convencionados como naturais para cada sexo, como se a mulher já tivesse seu destino predeterminado: nasceu mulher, tem atribuições de mulher, o que fortalece cada vez mais o empoderamento masculino. Esses rótulos se estendem e potencializam quando esta mulher faz uso de drogas, a qual é vista como promíscua, sem valor e sexualmente disponível. Estes estigmas corroboram para elas não assumirem sua condição, por vergonha e medo de serem discriminadas.

Segundo Piscitelli (2009) ainda que as mulheres estejam num nível de escolaridade mais alta que os homens, isso não reflete numa igualdade salarial, uma vez que a cultura patriarcal impera na sociedade, que ainda enxerga a figura feminina no âmbito do trabalho inferior a masculina, mesmo que ambos tenha o mesmo nível de formação. O conceito de patriarcado segundo a autora é:

> É um sistema social no qual a diferença sexual serve como base da opressão e da subordinação da mulher pelo homem. O poder patriarcal pode ser entendido em função do âmbito familiar, como poder do pai sobre a esposa sentido, e sobre os filhos (PISCITELLI, 2009, p.132).

Tratar de gênero e patriarcado possibilita entender as condições de vida e trabalho das mulheres na sociedade, assim como pode ser considerado um dos fatores determinantes no que concerne a vulnerabilidade feminina a dependência química, já que historicamente o papel da mulher no âmbito social, econômico e sexual era de submissão e passividade em relação ao poder masculino.

O patriarcado tem influência direta na construção e evolução social humana, o qual desde os primórdios estabelece o papel da mulher na sociedade como cuidadora do lar, reprodutora, esposa submissa, oprimindo seus desejos e sexualidade, bem como impondo normas de comportamentos. Scott (1995, s.p) define o patriarcado como “uma forma de organização social onde suas relações são regidas por dois princípios basilares: as mulheres são hierarquicamente subordinadas aos homens, e os jovens estão subordinados hierarquicamente aos homens mais velhos, patriarcas da comunidade”. A autora retrata a supremacia masculina, que ainda hoje é vivenciado pelas mulheres, modelo este que desvaloriza da identidade feminina e atribuição funcional do ser mulher.

No contexto de uso abuso de drogas ilícitas, o estigma voltado para as mulheres é mais significativo se comparado ao homem, resultando numa forte barreira para o reconhecimento, acesso e adesão ao tratamento. A afirmação de Aquino, (1997) vai de encontro a citação supracitada de Scott, quando o mesmo ressalta que até mesmo a família posiciona-se diferente frente aos problemas com drogas pelas mulheres, quando é identificado esse problema em homens, há maior mobilização e compreensão, já em mulheres geralmente ocorre a negação e ocultação da situação deflagrando um terreno minado por representações depreciativas e preconceituosas.

Contextualização da Rede de Atenção Psicossocial e o atendimento voltado para usuários/as de substâncias psicoativas.

Conhecer o conceito e o objetivo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e as redes temáticas, especificamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é de suma importância para compreensão dos serviços que atendem mulheres usuárias de sustâncias psicoativas.

A implementação da RAS objetiva a construção de sistemas integrados de saúde de modo que haja uma articulação em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa (KUSCHNIR e FAUSTO, 2014). Nesse contexto, Kuschnir e Fausto afirmam que essa organização é "estratégica no enfrentamento do maior desafio colocado ao sistema de saúde brasileiro: a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades" (2014, p. 13).

A Portaria GM/MS nº 3.088/2011, institui a RAPS "para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ". Em seu artigo 3º objetiva:

> Ampliar o acesso da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Os artigos 5º e 6º expõem os componentes e pontos de atenção da RAPS, a qual é composta por:

a) Componentes: I - Atenção Básica em Saúde ; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; VI - Reabilitação Psicossocial;

b) Pontos de atenção: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios Na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

Alves (2001) aponta as variadas modalidades de CAPS como dispositivos estratégicos mais efetivos na superação do tratamento psiquiátrico manicomial, uma vez que são espaços comunitários, inseridos em determinada cultura, território, com dificuldades, problemas e potencialidades, dentro do contexto que as crises precisam ser enfrentadas, levando em consideração as complexidades individuais, familiares e sociais de cada sujeito.

No que compete especificamente a modalidade de CAPS AD III, é ofertado serviço de atenção psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas e seus familiares. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, é um serviço de portas abertas, de baixa exigência e com funcionamento 24 horas, o qual oferece atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, e a partir das singularidades de cada sujeito é planejado um cuidado terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução continuada (KANTORSK et al, 2007).

Tem como retaguarda, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), leitos psiquiátricos em hospital geral, unidades básicas de saúde e outras práticas de atenção comunitária, como internação domiciliar e inserção comunitária. No CAPS AD III são desenvolvidas atividades como: oficinas e grupos terapêuticos, atendimento individual e coletivo, psicoterapias individuais e em grupo, atendimento social, Acolhimento 24 horas, avaliação multidisciplinar, consultas clínicas e psiquiátricas e visitas domiciliares.

O Acolhimento 24 horas é composto por 12 leitos, sendo seis femininos e seis masculinos, e é voltado para o acompanhamento intensivo, desintoxicação ambulatorial e estabilização clínica e psicossocial para casos mais graves e persistentes. A partir do levantamento das necessidades do usuário, é construído em conjunto com o Técnico de Referência (TR), no momento da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), seus objetivos e metas no tratamento. A Cartilha Nacional de Humanização define PTS como:

> Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2010, p. 36).

O TR é um profissional que acompanha o tratamento do usuário, tornando-se uma referência para o mesmo, tendo como responsabilidade acompanhar o projeto terapêutico singular, reavaliar e discutir com a equipe multiprofissional diferentes pontos de vista sobre o caso, de modo a assisti-lo singularmente, (re)definindo, por exemplo, as atividades que o usuário irá participar de acordo seus objetivos, frequência de participação e evolução do tratamento. “O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS” (BRASIL, 2004, p.16).

Quanto a prevenção do uso de drogas, esta é definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de estratégias a fim de minimizar os fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. A inserção comunitária e a colaboração de todos os segmentos sociais são essenciais nesse processo.

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da Redução de Danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as conseqüências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPS AD (ibidem, p. 23).

A Redução de Danos (RD) constitui-se como uma política de saúde pública, que busca estratégias visando reduzir os prejuízos associados ao uso de substâncias psicoativas, sejam eles, biológicos, psicossociais ou econômicos, garantindo e respeitando a liberdade de escolha do sujeito e seu papel de protagonista do cuidado. Ressaltando que a abstinência pode ser uma possibilidade caso o usuário busque-a, no entanto na perspectiva da RD, esta não deve ser a única alternativa (BOARINI, MACHADO, 2013).

Dessa forma, os CAPS AD são dispositivos estratégicos na execução das ações de RD, já que a maior parte de seus usuários estão em situação de vulnerabilidade e exposição social. A RD aborda várias vertentes de cuidado, incluindo a importância da alimentação e hidratação durante o uso, riscos de assumir direção sob efeito de SPA, compartilhamento de objetos perfuro cortantes, importância do sexo protegido, dentre outras abordagens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes da pesquisa

No tocante à caracterização das participantes, fizeram parte deste estudo 4 mulheres, no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020. Em relação a faixa etária das usuárias, foi possível identificar que variou 27 a 43 anos, maior parte solteiras (50%) seguidas de (25%) divorciada e (25%) união estável. Predominaram as que tinham ensino fundamental completo (75%). Os dados referentes à baixa escolaridade corroboram pesquisas que relatam a prevalência da baixa escolaridade entre os usuários de drogas.

> A prevalência de mulheres solteiras, com nível de escolaridade baixo, entre a 4ª e a 8ª série do nível fundamental são características observadas no perfil de usuárias de SPA no país, o que dificulta o acesso ao trabalho e à aquisição de renda (SILVA; PEREIRA, 2015, p. 206).

Os aspectos socioeconômicos encontrados no estudo vão ao encontro com a afirmação supracitada. Ao analisar a questão do trabalho/ocupação e da renda das entrevistadas, verificou que 100% encontra-se fora do mercado de trabalho. A renda advém de atividades informais, benefícios e programas sociais. Apenas 1 recebe ajuda familiar, as demais exercem “bicos” como flanelinha, vendas ambulantes e prostituição.

Aliado a baixa escolaridade e atividades laborais precárias, 75% das entrevistadas se autodeclararam pardas ou negras, características que assemelha-se aos dados do Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, que constatou em 2018 que a vulnerabilidade das mulheres negras ao desemprego é 50% maior se comparada as mulheres brancas, somando-se ao uso de substancias psicoativas, esse número certamente é aumentado.

No que diz respeito ao tempo de tratamento, a entrevistada 1 refere que está em tratamento há 13 anos, a entrevistada 2, 6 anos e as entrevistadas 3 e 4, 2 anos. Os locais que já acessaram foram: Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas; internação hospitalar em ala psiquiátrica; Comunidade Terapêutica; Unidades Básicas de Saúde e Grupos de Narcóticos Anônimos ou Alcoólicos Anônimos. Nenhuma relatou ter feito tratamento medicamentoso ou psicoterapia em consultório particular. 75% afirmam ter tido contato com as drogas ainda adolescência e apenas 25% na fase adulta, 50% no seio familiar e 25% através do namorado ou esposo.

No decorrer das entrevistas, foi possível identificar os determinantes sociais concernentes ao uso e ao abuso de drogas, o que permitiu traçar reflexões sobre as barreiras para adesão ao tratamento, a relação entre drogadição, relações desiguais de gênero e o estigma social. Dentre os aspectos emergidos, destacam-se: o que elas entendem por SPA e tempo de uso; composição e vinculo familiar; preconceito por ser mulher usuária de drogas; assédio moral e sexual no local no serviço bem como os principais desafios para adesão e permanência no tratamento.

A definição de droga pode variar de acordo sua função social, podendo ser referido a medicamentos com propriedades terapêuticas estabelecidas ou as substâncias capazes de causar dependência. Quando questionadas sobre a definição de drogas, algumas entrevistadas definiram a função que a substância causa ou representa em seu contexto de vida.

> *"A droga é uma tentativa de suicídio para mim. É para você fugir dos problemas, quando você não se ama mais, quando você perde o vínculo com a família, quando você perde alguns amigos, quando tem alguma confusão, algumas brigas, é como você tivesse tomado um calmante" (E1).*

A entrevistada 2 refere que:

> *"Drogas para mim é... acaba com a vida da gente, a gente não vive mais junto com as pessoas social. Acaba com a família da gente. Quando eu usava era para aliviar a lembrança de quando minha mãe deu meu filho, aí para mim, se eu fumasse eu esquecia aquilo, me tranquilizava".*

As definições apresentadas, reafirma as várias concepções do termo droga, que apresenta sentido amplo, desde definições cientificas como as representações sociais e seus impactos vivenciado pelos sujeitos que fazem uso. Tanto a literatura quanto os próprios usuários explicam o uso de drogas como uma válvula de escape ou 'fuga' de uma realidade que supostamente considera opressiva ou insuportável (Becker, 2007). Nesse sentido, Matos (2018) acrescenta que o efeito da droga funciona como um "sistema de recompensa que proporciona uma falsa felicidade e um falso prazer que propicia ao usuário um afastamento temporário da realidade, tornando-se uma via de gratificação imediata" (MATOS, 2018, p. 05).

Dentre os aspectos enfatizados pelas entrevistadas, destaca-se a perda de vínculos familiares, resultante de conflitos associados ao uso de entorpecentes. De todas, apenas 1 tem convívio razoável com a família, as demais, o vínculo é bastante fragilizado ou até inexistente, como exposto por uma participante do estudo: "*eu não tenho mais ninguém de referência de família só minhas filhas que estão no abrigo*" *(E3).* 75% das mulheres afirmaram está em situação de rua ou morando de favor na

casa de amigos. Esta fragilização e até mesmo o rompimento dos vínculos familiares potencializa o uso e/ou abuso de drogas, no entanto, não foi possível afirmar que isso seja o fator causal do primeiro contato com as drogas.

A entrevistada 3 retrata que o uso de drogas trouxe prejuízos na convivência familiar, mas a forma como lidaram com sua condição resultou na quebra total de vínculo, visto que começou a sentir vergonha, culpa e magoa.

> "*Não gosto de ter vínculo com meus parentes não, eu tenho muitas lembranças que me magoam. Tipo, eles falavam que eu não ia conseguir largar droga, que eu era prostituta, que eu nunca ia consegui arrumar marido, uma casa... Aí tem horas que eu penso assim: ah, eles tem razão, eu nunca vou conseguir mesmo, não valho nada, sou uma noiada ninguém me quer, nunca vou conseguir nada na vida mesmo (E3)".*

Diante o exposto, por não saber lidar com o dependente químico, a família muitas vezes acaba afastando-o do convívio, sendo fundamental o acolhimento profissional não só para o paciente, mas para os familiares mais próximos também, no sentido de ajudá-lo quanto a prevenção de recaídas e na continuidade do tratamento, mas respeitando os valores, cultura e crença e não reproduzir comentário ou comportamentos de culpabilização.

Percebe-se nos relatos que a ausência de vinculo familiar vem a somar negativamente para recuperação das usuárias, "pois o vínculo entre ambos serve como estímulo para prosseguir com o tratamento mesmo que seja doloroso e exaustivo" (Barbosa et.al, 2012, p.02).

Ao serem questionadas sobre preconceito em vários contextos e espaços sociais, a mesmas referem marginalização e estigma, afirmam sofrerem com olhares e comentários associando-as a criminalidade, prostituição e descredito. Os relatos descortinaram realidades permeadas por violência, humilhação, e perda de papeis socialmente esperados.

> *Eu sinto muito preconceito pela sociedade, eles olham para você e falam: ah, isso aí é uma drogadinha. A sociedade e não te dão confiança em nada, te olham como se você fosse um lixo (E.1).*

A entrevistada 4, por sua vez afirma:

> *Minha família quer me levar para fazenda do meu irmão, me jogar na fazenda que fica lá perto do Araguaia, vão me deixar lá 5 anos, dizendo eles que é para eu desintoxicar, ninguém vai saber que eu vou estar lá se eu tô viva ou se eu estou morta entendeu? Lá tem um chacareiro, sei lá se ele vai abusar de mim. Eles não estão preocupados comigo, eles quer se livrar de mim.*

A mulher enquanto usuária de SPA contraria o conceito cultural esperado para a figura feminina, "cria-se uma ruptura nas normas/expectativas de gênero da mulher

na sociedade, estabelecendo um estigma" (FERNANDES, 2019, p.72). Esse contexto não muda quando elas decidem ir em busca de tratamento, dentro do próprio serviço referem desrespeito, violência psicológica, assédio sexual e moral como explicitado pela entrevistada 2: " *os homens ficam com piadinhas, não te respeita, se a gente levar em conta, a gente sai daqui como se fosse uma cachorra entendeu? São tudo sem vergonha mesmo, é extinto deles mesmo, tanto que entra num ouvido e sai no outro.*

Essa fala retrata o nível de vulnerabilidade dessas mulheres, o ciclo de violações que vivem que chegam a naturalizar tais comportamentos machistas. O problema da naturalização do machismo é a dificuldade de enfrenta-lo. Percebe-se essa naturalização da violência de gênero em outro relato: *"eles falam, mas eu evito, me afasto, faço de conta que nem tô ouvindo (E4) ".* Por já está internalizado que isso é um comportamento natural, as reclamações muitas vezes nem chegam aos profissionais, o que seria de suma importância, visto que a partir disso, poderiam criar estratégias para abordar o assunto tanto individual como em grupo.

Por outro lado, há um consenso quanto ao acolhimento e respeito por parte dos profissionais da equipe técnica multiprofissional, como salientado por uma das participantes do estudo: "*Aqui me sinto bem acolhida, me sinto bem tratada. Não tenho o que dizer quanto ao tratamento dos profissionais" (E2).* Apenas uma fez ressalva quanto a equipe de enfermagem que segundo ela, já passou por situações desagradáveis e desrespeitosa como afirma na seguinte fala: "*o pessoal da enfermagem tem um preconceito contra gente drogado, já gritaram comigo aqui dentro, mesmo sabendo dos efeitos desses remédios no corpo da gente*" *(E1)*.

Pesquisas apontam que profissionais que atuam na saúde mental e especificamente com o público de álcool e outras drogas tendem a ter níveis altos de estresses e desgaste emocional, no entanto, esses fatores não devem justificar tais atitudes com as usuárias.

> "Faz-se imperioso que a assistência se destitua do preconceito e do estigma, a fim de garantir a dignidade humana. Nesse sentido, a prática deve ser estruturada sob a ótica de saúde mental pós-reforma, ancorando-se na lógica do trabalho vivo, que permite construir uma relação de respeito e confiança" (OLIVEIRA et al, 2018, s.p).

Diante as questões apresentadas, é possível analisar que mulheres usuárias de drogas e sociedade andam paralelamente, porém, em conflito. De um lado, a sociedade que discrimina, estigmatiza e violenta, do outro, a mulher só esperava

acolhimento, respeito, apenas ser vista como um ser humano. O fato de ser mulher, por si só, já traz consequências nefastas da desigualdade de gênero. Quando referimos a mulheres usuárias de drogas, essa carga é dobrada.

Muitos são os desafios para reinserção e bem-estar social dessas mulheres, o que vem a refletir negativamente na adesão e permanência ao tratamento. Na fala da entrevistada 2 é possível identificar alguns desses desafios, " *os principais desafios para mim, é o trabalho, eu ter uma renda para colocar meus filhos dentro da minha casa, esse vínculo que eu não tenho com a minha família" (E2).* Já a quarta participante evidencia*: "eu sinto vergonha da minha família, dos meus filhos, na sociedade eu me sinto uma pessoa muito baixa ainda, eu me sinto uma noiada. As pessoas irão me julgar por ter recaído de novo, de certa forma a droga anestesia minhas dores".*

A resistência em buscar ou retornar ao tratamento se dá por vários fatores conforme foi supracitado. Pela maior vulnerabilidade social e familiar as mulheres encontram mais dificuldades do que os homens para se reinserir socialmente, principalmente quando se refere ao mercado de trabalho. Refere também receio de passar por humilhações, preconceito e julgamentos não só de familiares, mas também dos próprios usuários. (Limberger & Andretta, 2015).

Algumas relacionaram algumas fragilidades quanto a organização e funcionamento do serviço, pois acreditam que se houvesse mais oficinas de geração de renda, onde pudessem sair capacitadas a desenvolver alguma atividade laborativa, as chances de recaídas seriam menores. Somando-se a isso, atribuem o desinteresse em participar das atividades grupais do CAPS AD por falta de conteúdos que prenda atenção ou que venha a contribuir de forma significativa, como exemplifica a participante 4: *deveria ter mais conteúdo, tem dias que tem até leitura, a gente ler um livro. Leitura de uma drogada, o que eu quero saber de uma drogada se eu to passando pela mesma situação?*

> *"Eu acho fraca as oficinas daqui, fica mais é fechada essa de artesanato, poderia ensinar a gente a fazer crochê, bijuteria. Eu acho que a gente poderia se profissionalizar aqui dentro porque a maioria dos usuários de drogas não tem uma profissão fixa, então eles poderiam aprender a fazer artes tipo pintura, todo dia fazer um artesanato todo dia fazer uma arte pra vender mesmo (E1).*

Nota-se a preocupação das que estavam em acolhimento intensivo, o retorno para a rua ou casa de amigos que também fazem uso de substâncias, o que

consideram um grande desafio, sair sem perspectiva, suporte familiar e financeiro. Assim Andretta et al (2015) ressalta a importância de considerar o ambiente e o contexto social ao qual a usuária retornará após o tratamento, levando em conta fatores de riscos e de proteção que auxiliem na manutenção do objetivo buscado no pela paciente.

O CAPS AD lll de Palmas, assim como de outras cidades ainda é um espaço ocupado majoritariamente por homens, e como já mencionado, elas sofrem com assédio moral e sexual, há relatos que já deixaram de ser acolhidas devido os leitos femininos estarem ocupados por homens. Essas variáveis somadas ou isoladas corroboram para a desmotivação em buscar ajuda.

Considerações finais

No contexto plural das relações na sociedade, levantar a discussão da drogadição feminina é deparar-se com um fenômeno complexo de marginalização e interpretações de cunho moral. Compreender esses elementos nos leva a entender que trata-se de uma problemática que tem como pano de fundo aspectos políticos, ideológicos e culturais construídos no decorrer do tempo que dá ao homem poder de dominação sobre a mulher.

Ao longo do levantamento identificou que as principais barreiras para adesão e permanências das mulheres no tratamento refere-se ao baixo nível educacional, a ausência de vínculo empregatício, fragilidade/rompimento de vínculos familiares, estigma e violência de gênero. Em vista aos dados apresentados, pode-se afirmar que os caminhos percorridos possibilitaram o alcance dos objetivos propostos.

A coleta de dados passou por alguns impasses, o que já era esperado, uma vez que as participantes do estudo estavam em tratamento e em uso de medicamentos. Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, essas medicações podem apresentar alguns efeitos colaterais, como lentificação psicomotoras, déficit de atenção, aumento ou redução da atividade do Sistema Nervoso Central, sonolência etc.

Dessa forma, a pesquisadora teve dificuldades tanto na coleta quanto nas transcrições das entrevistas, pois houve dias em que as usuárias estavam dormindo ou não se sentiam bem para participarem, além disso algumas apresentaram

dificuldade de verbalização no momento da entrevista, no entanto ressaltamos que essas questões não prejudicou o resultado da pesquisa.

Este estudo não tem intenção de trazer verdades absolutas, mas sim de despertar reflexões e debates a respeito da discrinalização das mulheres com uso prejudicial de drogas e da ampliação dos dispositivos de saúde voltados a esse público. Como a amostragem foi relativamente baixa, não permitiu generalizar os resultados, sugerimos que aprofundem as pesquisas relacionados a temática

Vale ressaltar que este estudo não encerra aqui, há pretensões de aprofundá-lo em momentos posteriores a essa formação profissional.

Referências

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.;

AQUINO, M.T.C. de. “A Mulher e a droga: Motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção”. In: BAPTISTA, M.; INEM, C. (orgs). Toxicomanias, abordagem multidisciplinar. RJ, NEPAD /UERJ, Ed. Sette Letras, 1997.

Becker, H. Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro: Zahar. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. : il.

BRASIL. Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas – SISNAD. Diário oficial da união, Brasília – DF, 2006.

_____.Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a rede de cuidados de saúde mental. Brasilia, 2011.

Bungay, V., Johnson, J. L., Varcoe, C., & Boyd, S. (2010). Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy, 21*(4), 321-329. doi:10.1016/j.drugpo.2009.12.008.

Carlini-Cotrim B 1995. Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade norte-americana. *Revista ABP-APAL 17*(3): 93-101. Ciência & Saúde Coletiva, 18 (4), 1151-1159. doi:10.1590/S141381232013000400028

FERREIRA, L. O. (2013). Saúde e relações de gênero: Uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. Coleção Antropologia em Primeira Mão. PPGAS/UFSC, 1998.

Jacqueline de Souza* Luciane Prado Kantorski** Sérgio Eduardo Gonçalves*** Fernanda Barreto Mielke**** Danieli Bispo Guadalupe. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios, 2007. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):210-7.

KARAM, M.L. Direitos Humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. Conferência de Abertura do VII Seminário Nacional Psicologia e Direitos Humanos, promovido pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, nov. 2011.

Kuschnir, Rosana (Org.) Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1. / organizado por Rosana Kuschnir e Márcia Cristina Rodrigues Fausto. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. 280 p. : il. ; tab. ; mapas ISBN: 978-85-61445-95-9 ROCHA, B. D. da et al. Exame de papanicolau: conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde. Rev enferm ufsm 2012 set/dez;2(3):619-629.

LACERDA, Milena Carlos de. “Eu quebrei [o quadro], por que as pessoas me chamavam de viado”: um estudo sobre a transversalidade de gênero e sexualidade na educação / por Milena Carlos de Lacerda, 2015. 138 f.

Limberger, J., Andretta, I. (2015). Novas problemáticas sociais: o uso do crack em mulheres e a perspectiva de gênero. CS, (15), 41-65. Recuperado de http:// www.scielo.org.co/pdf/recs/n15/n15a03.pdf.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 167-176.

MATOS. Ana Carolina Nunes de. População em situação de rua: a drogadição como escape para fuga da realidade. Psicologia. Pt ISSN 1646-6977Documento publicado em 21.01.2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2018. Disponível em < http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saudementalalcool-e-outras-drogas > acesso em: 19 de dezembro de 2018.

MACIEL, S. C., & Medeiros, K. T. (2017). Mulheres usuárias de crack: Enfrentamentos e barreiras sociais. In A. Roso (Org.), Crítica e dialogicidade em psicologia social: Saúde, minorias sociais e comunicação (pp. 1-42). Santa Maria, RS: Ed. UFSM

MARANGONI, R. S., & Oliveira, M. L. F. (2013). Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. Texto & Contexto Enfermagem, 22(3), 662-670. doi:10.1590/S0104-07072013000300012.

Memoria, álcool e drogas: contribuições ao debate / organização Luci Mra Bertoni, Ângela Viana Machado Fernandes. Brasília, DF, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 11. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.146 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

PISCITELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José (Orgs.). Diferenças, igualdade. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009 - (Coleção sociedade em foco: introdução às ciências sociais).
Ivanete Boschetti; Sandra Oliveira Teixeira (s.d). Seletividade e focalização da política de assistência social no Brasil. s. l.: s. e.

SCOTT, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade, 20, 71-99.

SILVA. Érika Barbosa de Oliveira. PEREIRA. Adriana Lenho de. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. Rev. enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; 23(2):203-9.

ZANELLO, V. . Loucura e mulheres: questões de gênero para a psicologia clínica. In: Zanello, Valeska; Stevens, Cristina; Almeida, Tânia; Brasil, Kátia. (Org.). Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares. Brasília: ExLibris, 2010, v. , p. 307-320.

Revista Humanidades e Inovação

Link para acesso as normas de publicação:

https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/about/submissions

Maisa Reis Nunes

A PARTICIPAÇÃO DA FAMILIA NO TRATAMENTO DOS ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FAMILY PARTICIPATION IN TREATING ADOLESCENTS WITH SUICIDE BEHAVIOR: AN EXPERIENCE REPORT

Autores: 1 Maisa Reis Nunes, Assistente Social Residente em Saúde Mental, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP / CEULP/ULBRA). E-mail: maysanunesrn@gmail.com. Palmas (TO), Brasil. 2 Leny Meire Correa Molinari Carrasco, Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Mestre, Preceptora do Programa Integrado de Residência em Saúde (PIRS) - Fundação Saúde Plública de Palmas (FESP/ULBRA), Professora de Psicologia do Instituto Federal do Tocantins/Campus Palmas. E-mail: lenycarrasco@gmail.com . Palmas (TO), Brasil.

Resumo: O presente estudo se refere a um relato de experiência de uma Assistente Social Residente em um programa de Saúde Mental, advindo de uma vivência propiciada pelo Estágio em Comunidade do Programa Integrado de Residência em Saúde (PIRS) de Palmas – TO. Este era vinculado a um projeto de prevenção ao suicídio e automutilação na adolescência, cujo objetivo era realizar sensibilizações sobre o suicídio, matriciamento e estratificação de risco do comportamento suicida em adolescentes nas escolas e, posterior encaminhamento a um grupo terapêutico que era realizado no Ambulatório de Saúde Mental Infanto Juvenil. O objetivo deste relato, permeou-se em compreender a participação da família no tratamento dos adolescentes com comportamento suicida e automutilação e suas estratégias de prevenção ao suicídio, abarcando ainda, as dificuldades e as potencialidades que perpassam este processo. Ficou evidente que a família tem uma grande e valiosa contribuição no tratamento e prevenção ao suicídio do adolescente, entretanto, a maioria não demostraram comprometimento e adesão a este tratamento.
Palavras chaves: Estágio em comunidade, adolescentes, comportamento suicida, família, prevenção ao suicídio.

Abstract: The present study refers to an experience report of a Resident Social Worker in a Mental Health program, arising from an experience provided by the Community Internship in the Integrated Health Residency Program (PIRS) of Palmas - TO. This was linked to a suicide prevention and self-mutilation project in adolescence, whose objective was to raise awareness about suicide, matriculation and risk stratification of suicidal behavior in adolescents in schools and, later referral to a therapeutic group that was carried out in the Ambulatory of Mental Health for Children and Youth. The purpose of this report was to understand the family's participation in the treatment of adolescents with suicidal behavior and self-mutilation and their suicide prevention strategies, also covering the difficulties and potentials that permeate this process. It was evident that the family has a great and valuable contribution in the treatment and prevention of adolescent suicide, however, the majority did not demonstrate commitment and adherence to this treatment.
Keywords: Community internship, adolescents, suicidal behavior, families, suicide prevention.

Palmas – TO

2020

INTRODUÇÃO

A residência em área profissional da saúde, constitui-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu destinada às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos, como consta na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 2009.

Em acordo o Art 13, § 1º e § 2º da Lei n° 11.129 de 2005, os programas de residência multiprofissional em saúde são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Caracterizada ainda, como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, sendo desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Em especifico, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do município de Palmas/TO que foi instituído por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)/ Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) e o Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), tem-se como cenário de prática, parte dos principais dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município, sendo o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD III), CAPS II, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) e Equipe Consultório na Rua, evidenciando assim, o privilégio e a riqueza, deste referido programa de residência, pela significativa diversidade de cenários de atuação.

Sob o viés da residência em saúde, aqui se destaca o Estágio em Comunidade, como constituinte obrigatório da grade de atividades desta. Tal estágio tem uma carga horaria de 24 horas mensal, em via de regra corresponde a 6 horas semanais, durante os 24 meses de duração da residência. Esta atividade tem como principal objetivo, oportunizar o desenvolvimento de habilidades de auto gestão do residente. A atuação é bem variada, logo comtemplando vários espaços e cenários do município, primando objetivos que dialogam com os pressupostos do SUS.

O estágio em comunidade aqui em questão, foi realizado junto a um projeto da área técnica da gerência de saúde mental do município, intitulado como prevenção ao suicídio e a automutilação na adolescência, que tinha-se como objetivo a atuação

nas escolas, realizando capacitações, mobilizações e palestras com adolescentes e educadores, matriciamento e estratificação de risco em ambiente escolar, encaminhamento e acompanhamento de um grupo terapêutico para os adolescentes com comportamento suicida e auto mutilação. O grupo era composto por sete residentes, realizávamos as atividades semanalmente, no contra turno da carga horária dos cenários de práticas.

Sob a perspectiva do objetivo deste estágio, é interessante ressaltar o tratamento em saúde mental ao público Infanto Juvenil no município, o qual até o fim do ano de 2018, era realizado de forma integral no CAPS II, devido à ausência do serviço adequado ao atendimento a este público, que é o CAPS i e Ambulatório de Saúde Mental Infanto Juvenil. Sob esta lógica, criou-se e inaugurou tal Ambulatório no início do ano de 2019, cabendo ainda ao CAPS II, pela ausência do CAPS i, o acolhimento inicial, encaminhamento e articulação com a rede, bem como, com o referido ambulatório, no cuidado a estes usuários desta faixa etária.

A demanda de saúde mental para o público adolescente vem crescendo de forma expressiva, bem como, problemas relacionados ao comportamento suicida e automutilação, os quais são um problema de saúde pública e causa forte impacto nos serviços de saúde. O comportamento suicida engloba o conjunto de desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tem de se matar, podendo ser categorizado em ideação suicida, tentativa de suicídio e o suicídio consumado (Oliveira e ett'al, 2015).

Sob este aspecto, evidencia-se a necessidade de criar estratégias no contexto da saúde pública para a prevenção do suicídio e a automutilação na adolescência, em ênfase, neste grupo etário, uma vez que a perda prematura de adolescentes por suicídio pode e deve ser evitada. A prevenção do suicídio dá-se por meio do reforço dos fatores ditos protetores e pela diminuição dos fatores de risco, tanto no nível individual como no coletivo (Araújo, Vieira e Coutinho, 2010).

Ao destacar o tratamento em saúde mental para estes sujeitos, entra-se em cena a família, uma vez que, por ser adolescente, o cuidado em saúde acontece mediante compressão, iniciativa, suporte e comprometimento dos seus responsáveis legais, que majoritariamente é a família. Desta forma, se faz necessário discutir e evidenciar esta participação, que influência de forma significativa no tratamento destes adolescentes.

Sob esta perspectiva, ressalta-se que este presente trabalho trata-se de um relato de experiência, descritivo, fruto de uma vivencia obtida por meio do Estágio em

Comunidade do PIRS do município de Palmas, dentro de um projeto prevenção ao suicídio e a automutilação na adolescência, da gerencia municipal de saúde mental, em conformidade com a agenda de prevenção ao suicídio do Ministério da Saúde e com a Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que dispõe das normas de prevenção da violência autoprovocada no Brasil.

Objetiva-se abordar de forma detalhada as ações realizadas enquanto Estágio em Comunidade, no período de Agosto de 2018 a Dezembro de 2019, em ênfase, a vivencia com as famílias no processo de acompanhamento do adolescente ao tratamento, em especifico, um grupo terapêutico denominado “musicalizando”, que tinha 8 encontros, sendo semanalmente, as sextas feiras no período vespertino, com duração de 1 hora cada encontro, realizado no Ambulatório de Saúde Mental Infanto Juvenil de Palmas, vislumbrando assim, compreender as dificuldades e potencialidades vividas pelas família neste processo.

BREVES CONCEPÇÕES ACERCA DA FAMÍLIA, ADOLESCÊNCIA e SUICÍDIO

A família é o primeiro grupo social ao qual o ser humano pertence, considerada um conjunto de pessoas independente de laços consanguíneos. A família é fundamentada por aprovação jurídica ou apenas por uma intensa e longa convivência social. É vista também como um valor considerado pela população brasileira, como uma instituição fundamental à vida social (Horta e Caldeira, 2010).

A família é um aporte para todas as pessoas e com os adolescentes não seria de modo diferente, uma vez que estes, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), têm faixa etária de 12 anos a 18 anos, ou seja, são dependentes e dependem dos familiares. Para tanto, ser adolescente, é viver um período de mudanças físicas, cognitivas e sociais, que juntas, ajudam a traçar o perfil desta população.

Atualmente, fala-se da adolescência como uma fase do desenvolvimento humano que faz uma ponte entre a infância e a idade adulta. Nessa perspectiva de ligação, a adolescência é compreendida como um período atravessado por crises, que encaminham o jovem na construção de sua subjetividade. Porém, a adolescência não pode ser compreendida somente como uma fase de transição. Na verdade, ela é bem mais do que isso (Frota, 2010, p. 155).

A fase da adolescência é um período marcado por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais; e essas mudanças, geralmente, são acompanhadas

de conflitos e angústias. Às vezes, quando expostos a intensas e prolongadas situações de sofrimento, de desorganização, os adolescentes podem desenvolver patologias e tornar-se mais vulneráveis ao suicídio (Teixeira e Luís, 1997).

Sob esta perspectiva, tem se observado o crescente números de ideações e tentativas de suicídio voltados ao referido público, como ressalta, Araújo, Vieira e Coutinho (2010, p. 48 e 49), "... é neste período que tanto as ideações quanto às tentativas ganham uma maior proporção, quando associadas ao quadro depressivo, embora essa situação não se restrinja somente à adolescência". O comportamento suicida representa um grave fator de risco para o suicídio consumado.

Suicídio constitui o ato voluntário, por meio do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte (Vieira, 2008). É o desejo e a ação de matar a si mesmo, geralmente devido um grande sofrimento associado a um conflito interno, relaciona-se com o sentimento de desesperança, tendo a morte como única saída ou solução. A intensidade e profundidade do comportamento suicida, duração, contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles são fatores que distinguem o indivíduo saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (Araújo, Vieira e Coutinho, 2010).

Sob o aspecto dos adolescentes com comportamento suicida, se faz necessário falar de família, uma vez que estas lidam diretamente e intrinsecamente com estes atores, e evidenciam assim, desafios e dificuldades de enfrentamento, bem como, entender o adoecimento, quanto o cuidar e o prevenir.

Sob esta perspectiva, Cruz (2006) observa que muitas vezes os familiares se mostram despreparados para lidar com as situações decorrentes da doença mental, principalmente, no que diz respeito ao comportamento suicida, violência autoprovocada, auto e heteroagressividade, delírios e alucinações. Estas situações podem gerar muita angústia e sensação de impotência pra família, diante o sofrimento mental do adolescente.

Em ênfase ao comportamento suicida, se faz necessário a busca por ajuda adequada, encarar como caso de saúde pública, patologia e aderir ao tratamento. Como afirmam Bahls[1] e Bahls[2] (2002, p. 06), "que os adolescentes deprimidos, portanto, apresentam claramente a necessidade cuidadosa de acompanhamento especializado". A melhor maneira de prevenir o suicídio é a detecção precoce do comportamento, em seguida, acompanhamento em saúde e tratamento de um transtorno mental que o predispõe, quando presente, são ações cruciais na prevenção

do suicídio e a automutilação.

VISLUMBRANDO A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA A PARTIR DE VIVÊNCIAS E RELATOS

É pertinente destacar que o tratamento em saúde mental aos adolescentes em âmbito municipal, acontece de forma recente e significativa no ambulatório de saúde mental Infanto Juvenil, que situa-se na CSC Profª Isabel Auller na quadra 207 Sul de Palmas. Este ambulatório infantil compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), porém, por ser bem recente, não constitui ainda, cenário de prática na residência em saúde mental, no entanto, já é um campo estudado e pré-requisitado a compor os cenários de prática do referido programa de residência.

Desta forma, destaca-se o Estágio em Comunidade do PIRS, que foi uma porta de entrada a este serviço, que proporcionou e complementou vivências riquíssimas no campo da saúde mental, uma vez que já havia-se vivenciado e contribuído com o cuidado em saúde mental a este grupo etário no CAPS II, enquanto residente em Saúde Mental, antes da implantação de tal ambulatório, e sobretudo, pela não existência de CAPS i no município.

Sobre tal estágio, destaca-se que éramos um grupo de sete residentes, sendo duas Psicólogas, duas Enfermeiras, duas Assistentes Sociais e uma Farmacêutica, consistindo em cinco R2 da saúde mental e duas R1, sendo uma da saúde mental e outra da saúde coletiva. É interessante esclarecer que o quantitativo de residentes em um grupo de Estágio de Comunidade é no máximo 6, no caso deste projeto, abriu-se uma exceção para que uma residente do programa de saúde coletiva pudesse integrar o grupo, cujo objetivo seria termos acesso direto aos dados coletados sobre violência autoprovocada, gerido e sistematizado pela SUPAVS.

O projeto ao qual nos vinculamos enquanto estágio em comunidade, está sob responsabilidade da área técnica da gerencia de saúde mental, cujo objetivo era a prevenção do suicídio na adolescência, conforme a agenda de prevenção ao suicídio do MS. Desta forma, as nossas ações eram realizadas de forma a complementar e dar suporte a efetivação do projeto. A coordenadora do referido projeto, psicóloga da área técnica da gerencia de saúde mental, já foi referência para o suicídio na adolescência, enquanto atuava no CAPS II.

Tal estágio deu início em Agosto de 2018, a princípio com foco na prevenção

ao suicídio nas escolas, cujos objetivos do projeto eram realizar: a mobilização, a capacitação e palestras nos ambientes escolares, com educadores e estudantes, tais atividades com o suporte e apoio da coordenadora do projeto. Logo depois o projeto se ampliou, tornando-se um projeto-piloto, com finalidades do cuidado em saúde dos adolescentes com comportamento suicida, no Ambulatório de Saúde Mental Infanto Juvenil, objetivando o matriciamento em saúde mental aos orientadores escolares e a realização de estratificação de risco aos adolescentes, de forma compartilhada aos orientadores, dentro do ambiente escolar.

Desta forma, no mês de março de 2019, o projeto de forma iniciante contemplou duas escolas, sendo o Instituto Federal do Tocantins – IFTO e Escola Estadual Professora Elizangela Glória Cardoso. Sob a perspectiva da prevenção ao suicídio na adolescência, realizamos aproximações com estas escolas, e iniciamos um trabalho de sensibilização quanto ao tema suicídio, em especifico aos orientadores educacionais, uma vez que estas demandas tendem a chegar para eles nas escolas.

> Com relação à prevenção nas escolas também existem diversas possibilidades, considerando que muitas vezes são os profissionais da escola os primeiros a identificar o comportamento autolesivo nos adolescentes. Devem saber sobre os sinais de alerta e encaminhar esses adolescentes para um serviço de saúde, sempre mantendo uma relação aberta e acolhedora com o aluno (FIGEl, 2019, p. 03).

Mediante a reunião realizada com os gestores, professores e orientadores escolares, em que houve a apresentação da proposta, e a firmação da parceria das escolas com o projeto, nos dividimos em duas equipes, ficando uma em cada escola. Posteriormente, realizamos uma reunião com os pais, para sensibilização a prevenção ao suicídio e esclarecimento a respeito do porquê da realização da estratificação de risco com os adolescentes.

E assim, realizamos ações voltadas ao matriciamento em saúde mental; capacitações a respeito do comportamento suicida e automutilação na adolescência, construção de ficha de responsabilização aos pais a respeito do encaminhamento aos serviços de saúde, orientações sobre o fluxo de encaminhamento dos casos que precisavam de acompanhamento no SUS, e explanações de como funcionava a Rede de Atenção Psicossocial no município.

Em acordo a Machado e Camatta (2013), o apoio matricial ou matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais, em que se estabelecem trocas de saberes entre os profissionais, sendo uma construção compartilhada e abarcando a dimensão assistencial e técnico pedagógica.

De forma posterior, realizamos estratificação de risco com os adolescentes pré-estabelecidos pelos orientadores educacionais. Esta ação se dava mediante organização e levantamento das demandas já existentes e elencadas pelas unidades educacionais, ou seja, eram estudantes que já se observavam mudanças de comportamento, de humor, ou mesmo, aqueles que apresentavam crises recorrentes no ambiente escolar, seja de tristeza, choro, ou qualquer tipo de violência autoprovocada.

Este atendimento com o adolescente, era realizado no ambiente escolar, de forma compartilhada com um orientador, em uma sala reservada e de forma individualizada e previamente agendadas com os educadores que organizaram os horários com os respectivos alunos. Desta forma, era realizado acolhimento e escuta qualificada com os estudantes.

A justificativa de realizar em conjunto as entrevistas era de oportunizar a capacitação na prática a fim de habilitar estes profissionais escolares para replicação dos atendimentos, da estratificação de risco e encaminhamentos de forma qualificada e continuada. A realização da estratificação de risco foi baseada nos elementos contidos no questionário online de encaminhamento construído pela área técnica da coordenação de saúde mental responsável pela articulação da agenda de prevenção ao suicídio do ministério da saúde.

Foram realizadas 24 estratificações de risco com adolescentes nas duas escolas, deste número, 11 apresentavam critérios para participar do grupo, que era apresentar comportamento suicida, com ou sem automutilação e com histórico prévio de tentativas de suicídio. Levando em consideração ainda, que outros dispositivos da rede também encaminharam adolescentes com comportamento suicida para o grupo terapêutico, sendo que no conjunto de encaminhamentos houve um total de 31 adolescentes identificados com o perfil para o grupo.

No início do mês de setembro de 2019, a fim de dar início ao referido grupo, entramos em contato com os responsáveis dos adolescentes, falando da oferta do grupo e da importância do tratamento, e convocando-os para participar de uma reunião. No entanto, com alguns não conseguimos efetivar o contato, outros atenderam, porém justificaram que não poderiam comparecer no dia, outros relatavam que os filhos já estavam melhor, ou mesmo, que estes não precisariam de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, e outros que se comprometeram em ir, mas não foram, totalizando assim, 18 famílias que não aderiram ao tratamento.

Desta forma, percebe-se os significativos desafios permeadas as famílias ao considerar a não importância dada a oferta de cuidado ao familiar adolescente que apresenta sofrimento psíquico, evoluído para comportamento suicida, desvelando assim, o não comprometimento com o cuidado em saúde mental do adolescente. E de tal modo, na reunião acima citada, compareceram apenas 4 famílias e de um número total de 31 adolescentes com perfil gravíssimo, visualizando assim um número de responsáveis bem inexpressivo. E assim, de forma concomitante, foi realizado reunião com os pais e escuta/acolhimento com os adolescentes, como forma necessária a inserção ao grupo.

Em relação aos responsáveis que não compareceram a nenhuma reunião, foi solicitado a assinatura de um termo de responsabilidade parental sobre o adolescente, e posterior, realizado uma relação destes responsáveis, e encaminhado ao Conselho Tutelar, conforme lei 13.819/19, para possíveis providencias.

> Os(as) Conselheiros(as) Tutelares devem aplicar as medidas de proteção à criança ou adolescente vítima, quando os seus direitos forem violados "por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; e, em razão de sua conduta" (BRASIL, ECA, Art. 98).

O grupo aconteceu de outubro de 2019 ao início de dezembro do mesmo ano, sendo 8 encontros, nas sextas-feiras das 14:00hs as 15:00hs, com 10 participantes do sexo feminino, adolescentes de 14 a 17 anos, conduzido por duas psicólogas e a participação de um médico residente em psiquiatria que ficava como observador e que de forma externa ao grupo, realizava as consultas psiquiátricas, sob supervisão de uma preceptora médica psiquiatra, conforme necessidade.

Destaca-se, que esta vivencia no processo do grupo com os familiares e responsáveis, decorreu a partir das demandas advindas do andamento do próprio grupo, em acordo as avaliações feitas pelos facilitadores do grupo, requisitando assim o serviço social para intervir e dar suporte junto as famílias em acordo as necessidades, de forma concomitante ao acontecimento do grupo, e assim era realizado atendimento, escuta, orientações, dentre outras necessidades e demandas trazidas pelos familiares/responsáveis dos adolescentes, de forma individualizada.

Partindo desta premissa, tais atendimentos foram realizados basicamente com pais e mães, sendo a maioria figura feminina. Era um espaço em que estes traziam desabafos, angustias, sofrimentos e os desafios de cuidar e lidar com os filhos com comportamento suicida e automutilação, logo, estes eram acolhidos em suas demandas.

Diante das conversas, era explorado em especial, a interação da família com o tratamento, a assiduidade do adolescente nos encontros dos grupos, a participação da família nas consultas psiquiátricas, quando havia necessidade, e as estratégias de prevenção ao suicídio recomendadas e as adotadas pela família, e os desafios e potencialidades da participação da família no tratamento do adolescente.

Os pais/responsáveis familiar, em via de regra, são responsáveis pelo adolescente, sendo-lhe atribuído a função de levar e trazer o adolescente ao grupo, ou oferecer subsídios para que esta ida e volta aconteça de forma segura. Desta forma, os adolescentes em sua grande maioria, iriam ao grupo acompanhado por algum familiar, predominantemente, pai ou mãe, no entanto, por vezes, irmão ou tio.

Em contrapartida, a outra parte dos adolescentes iam sozinho ao grupo, uns de ônibus outros de Uber. No entanto, tais responsáveis traziam a justificativa que não tinham condições de tempo para acompanhá-los, porém em ambas as situações, afirmavam que havia um controle, nesta ida e volta do adolescente, permeando-se pela lógica do cuidado, no entanto, não necessariamente dialogando com uma das estratégias de prevenção ao suicídio, que é procurar não deixar o adolescente que apresenta comportamento suicida sozinho.

Sob o aspecto das consultas psiquiátricas, infere-se que estas avaliações aconteceram no pré-início do grupo, e no decorrer do grupo, em acordo as necessidades, e tinham-se como condição, a participação de um responsável em tal atendimento, uma vez que os usuários eram adolescentes. Concluindo assim, que houve uma interação efetiva e satisfatória da família neste especifico momento, indo de encontro, a responsabilidade e o suporte familiar como aliado neste processo.

Sobre a interação da família em sua totalidade, no processo de tratamento do familiar adolescente, elucida-se que, conforme relatos, havia-se uma contribuição dos outros familiares mesmo que de forma indireta, em massa traziam que os demais familiares buscava compreender o sofrimento do adolescente, e que se esforçava a contribuir para amenizar as crises no ambiente familiar, ora ou outra também acompanhava-o ao grupo, ou as sessões de psicoterapia, faziam companhia em casa, não os deixando sozinho, favorecendo com o cuidado e a prevenção do suicídio.

Sobre a dinâmica familiar, é interessante ressaltar, que esta era bem variada, até mesmo por se tratar de 10 grupos familiares, com suas singularidades e peculiaridades. Também, destacamos que com o decorrer do grupo a participação e frequência dos pais se tornou mais significativa, uma vez que pelo menos um dos

responsáveis comparecia eventualmente para levar o mesmo ao tratamento em grupo ou na consulta com a psiquiatria.

Destacamos que com isso foi possível observar que em sua grande maioria os genitores trabalham fora, outros são autônomos, conseguindo trabalhar em casa ou mesmo, ter maior flexibilidade de horários, e em outros casos, a mãe ou irmãos não exercem nenhum tipo de atividade remunerada, ficando em casa, logo fazem companhia ao adolescente, que em tal momento, torna-se crucial. Porém, em dois casos, os adolescentes ficam um período sozinho em casa, sendo o contra turno do horário escolar, revelando-se um ponto negativo, no tocante a prevenção do suicídio.

Sobre a participação da família no uso das medicações, é conveniente ressaltar que a cooperação destes atores é muito importante pra um bom êxito neste processo. De modo geral, foi perceptível que a maioria dos responsáveis conseguiram contribuir positivamente nesta operação, bem como, amenizar a resistência do adolescente em tomar a medicação conforme prescrição, e responsabilizar-se pelo armazenamento da medicação em local seguro e secreto ao adolescente, que por vezes, é necessário, e realizar a dispensa do medicamento diariamente ao filho.

No entanto, notou-se que alguns responsáveis, não tinham esta mesma percepção do cuidado e da importância do uso das medicações, chegando a não dar a medicação ao filho. Como recorda-se de um relato, onde um pai refere que a família decidiu por conta própria que a filha não iria fazer uso da medicação prescrita pelo o psiquiatra, pois entendiam que não era necessário, e que temia-se a dependência da filha. Nota assim, um estigma relacionado aos medicamentos psicotrópicos, e esta falta de conhecimento que gera um pré-conceito, o que influência na não adesão ao tratamento medicamentoso, como complementar a outras ações, bem como, a terapia.

Sobre o uso das medicações, menciona-se, que é tido como um desafio para as famílias, algo pra além do estigma como citado anteriormente, pois os adolescentes tendem a ter resistência a se medicalizar. Desta forma, entra em cena a questão da responsabilidade com o medicamento, o armazenamento seguro, uma vez que a ingestão de medicamentos é um dos meios mais utilizados nas tentativas de suicídio.

Como ressalta Avanci, Pedrão e Júnior (2005), que a ingestão de medicamentos é o método predominante mais usado entre os adolescentes nas tentativas de suicídio, sendo os psicotrópicos e os neurolépticos os mais utilizados, ocorrendo em grande parte no ambiente familiar com destaque ao período diurno.

Interessante destacar que estes medicamentos, muitas vezes são os de uso diário próprio ou da família, que estejam disponíveis e de fácil acesso.

Desta forma, lembra-se de dois relatos, de duas mães, que por ser semelhante, é trazido aqui de forma unificada, onde de modo geral diziam que já foram ludibriadas pelas filhas, pois achavam que elas estavam ingerindo a medicação que era dada em sua mão, no entanto, para sua surpresa posterior, estas demostravam que bebiam, porém guardavam, e assim iam fazendo acúmulos de medicamentos, tempos depois, as adolescentes tiveram uma tentativa de suicídio com estas medicações por elas aglomeradas e armazenadas secretamente.

Porém, em ambas as situações, as mães relataram que depois do susto, começaram a fiscalizar de forma mais rigorosa se as filhas realmente fizeram a ingestão do medicamento, bem como, exigir que as filhas mostrassem a língua como forma de confirmação e transmissão de segurança, e logo, cuidado e prevenção ao suicídio.

Sobre o armazenamento seguro das medicações, ressalta-se que tal medida faz parte das orientações de prevenção ao suicídio, dada ao familiar em todo atendimento em saúde a uma pessoa com comportamento suicida. Sobre estas orientações, o manual de prevenção ao suicídio (MS, 2006, pg. 65) menciona ações que podem e devem ser realizadas por familiares, amigos e colegas, como; “impedir o acesso aos meios para cometer suicídio. Exemplos: esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso, de preferência trancados, e com alguém responsável em administrá-los”.

Indo de encontro a isto, as famílias traziam relatos que tinham recebido estas orientações pelos profissionais de saúde, e assim, revelavam uma série de medidas a fim de prevenir o suicídio, e em especifico as medicações, mantê-las seguras e longe do acesso aos filhos. A vista disso, é interessante ressaltar algumas das estratégias buscadas pelos responsáveis para manter os medicamentos do adolescente e da família em local seguro, primando-se pelo cuidado a vida do filho, que ora apresenta comportamento suicida.

Em suma, argumentavam que depois das orientações, ou mesmo, com o histórico de tentativa dos filhos com medicamentos, passaram a mudar o local de guardar as medicações, que antes, comumente eram armazenadas no armário da cozinha, por exemplo, onde todo mundo tinha livre acesso. Assim, passando a guardar tais medicações em locais mais restrito e secreto ao adolescente, como dizia uma

mãe, “hoje guardo toda medicação da casa, dentro de um criado mudo que fica no meu quarto, e sempre que saio, tranco a porta e levo chave comigo”.

No entanto, sendo valido observar ainda, que esta postura não era unanime, havendo pais, que diziam que haviam recebido as orientações, porém não visualizam a necessidade de esconder as medicações das filhas, ou as medicações da casa, pois achavam que no momento, estas não teriam uma nova tentativa. No entanto, mesmo estas não tendo histórico de tentativas com medicamentos, apresentavam comportamento suicida, e o que se prima é a prevenção do suicídio.

Desvelando a participação da família, salienta-se, que em acordo os trazidos pelos responsáveis, os maiores obstáculos evidenciados para uma participação efetiva e satisfatória, era o compromisso com o trabalho, seja formal ou informal, que não possibilitava que todos pudessem vir acompanhar os filhos em todos os encontros, mesmo havendo a possibilidade de pegar atestado médico, entretanto, alguns gozavam deste direito, sempre que acompanhava o filho, pegavam atestado ou declaração de acompanhamento para levar ao trabalho.

Contudo, enfatiza-se que os adolescentes em sua grande maioria, tiveram uma boa assiduidade no grupo, que com a participação da família, não faltaram em nenhum encontro. Sobre as ausências de alguns em determinados encontros, de modo geral, os pais justificaram que foi por motivos escolares, bem como, provas, vestibulares, ENEM, desencontro de informações sobre local e horário do acontecimento do grupo, viagem, atrasos não permitidos de acordo as regras do grupo, responsabilidade a cargo do pai, e este acabou esquecendo juntamente com a adolescente.

Desta forma, notou-se que apenas uma das adolescentes, não conseguiu concluir o grupo, devido as faltas consecutivas no final do grupo, e assim a família avaliou que já não era mais rentável a continuidade, devido a importância do seguimento de cada encontro, e optando por reiniciar o grupo no ciclo seguinte.

Ao final, houve uma reunião com os pais, onde todos os 9 responsáveis foram, e assim, foi dada devolutiva de cada adolescente, se houve evolução com a terapia grupal ou não, dando assim as orientações e encaminhamentos necessários aos familiares. Os responsáveis trouxeram que a participação neste processo de tratamento, fortaleceu uma maior aproximação, transmissão de afeto, de segurança e proteção com o adolescente, sendo isto uma potencialidade.

Além disso, afirmaram que acreditam que a família tem a capacidade de contribuir muito nesta caminhada, logo, obter muito aprendizado, e juntos,

potencializar a prevenção do suicídio e da automutilação ao colaborar com a reabilitação da saúde mental do adolescente. Sobretudo, que contribuiu para que eles ficassem mais atentos aos sinais de alerta do suicídio e as formas de prevenção. Colocaram também em questão a necessidade de um grupo igualmente para os pais, para que tenham mais segurança em lidar com um familiar com comportamento suicida e automutilação, que em real não é fácil, e assim aprimorar o suporte aos pais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estágio em Comunidade do PIRS proporcionou e complementou uma experiência em saúde mental extraordinária, no tocante a ações de prevenção ao suicídio e automutilação na adolescência. O trabalho de sensibilização, matriciamento e estratificação de risco realizado nas escolas foi de suma importância, pois foi possível capacitar os educadores para serem multiplicadores desse matriciamento no âmbito escolar, para que assim consigam identificar e prevenir os casos incidentes de automutilação e suicídio entre os estudantes das respectivas escolas em que foi realizado o projeto de intervenção.

Foi notória a insegurança dos profissionais escolares em lidar com adolescentes com comportamento suicida e automutilação, logo se entende que, tratar de saúde mental/suicídio, não são todos os profissionais que estão preparados e abertos a quebrar seus pré-conceitos sobre o tema, ainda mais, quando se trata de um ambiente que difere da saúde, logo se vê a necessidade de expandir a sensibilização sobre a prevenção ao suicídio, não somente na educação, mas também, nos demais setores da sociedade que de forma direta ou indiretamente lidam com pessoas com comportamento suicida.

Sobre a interação da família no tratamento do adolescente com comportamento suicida e automutilação, elucida-se que foi uma participação exitosa, mas para tanto, se faz necessário entender, que este grupo de 10 famílias foi um recorte entre 31 famílias, ou seja, foram este grupo, que desde o princípio, onde houve os primeiros contatos, convocando-os para uma reunião, que compareceu, se responsabilizou e se comprometeu com o cuidado em saúde do filho. Revelando assim, um grupo que realmente acompanha o filho, e em grande maioria compreende o adoecimento/sofrimento do adolescente e assim, aderiu junto ao filho o tratamento, onde participou de um grupo terapêutico.

No entanto, em meio a este acompanhamento familiar, observou-se que este influencia no tratamento do filho, aqui prevalecendo a influência positiva, porém, não se deve ocultar os desafios trazidos pelas famílias que permeia este acompanhamento, a concretude do cuidado, que vai desde a dificuldade, não preparo, ausência de suporte e a falta de conhecimento em lidar com um familiar com comportamento suicida e automutilação.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **Ideação suicida na adolescência**: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. Psico-USF, vol. 15, núm. 1, abril, 2010, pp. 47-57 São Paulo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712010000100006&script=sci_abstract&tlng=pt, acesso em 18. out de 2018.

AVANCI, Rita de Cássia. PEDRÃO, Luiz Jorge. JÚNIOR, Moacyr Lobo da Costa. **Tentativa de suicídio na adolescência:** considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem, 2005. Disponível em; http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas – USP. Acesso em 27. Jan de 2020

BAHLS, Saint-Clair. BAHLS, Flávia Rocha Campos. **Depressão na adolescência:** características clínicas. Interação em Psicologia, 2002, 6(1), p. 49-57 1, PR. Disponivel em https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/*3193*, acesso em 18. out de 2018.

BRASIL, **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm*,* acesso em 18. out de 2018.

_____**, Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília (DF), 2005. Disponível em; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em 28 de jan. de 2020.

_____**, Lei Nº 13.819 de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília (DF), 2019. Disponível em; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em 14 de jan. de 2020.

_____, **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Disponível em; http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1546

2-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em 14 de jan. de 2020.

CRUZ, Conceição A. **O transtorno mental na adolescência e o convívio familiar** – Relato dos pais. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 2006. Disponível em http://www.psiquiatriainfantil.com.br/teses/ConceicaoCruz.pdf, acesso em 18. out de 2018.

FIGEL, Ma. Flávia Caroline. **Comportamento Autolesivo sem Intenção Suicida,** 2019. Disponivel em; https://pt.scribd.com/document/414798477/Comportamento-Autolesivo-Sem-Intencao-Suicida, acesso em 02. fev de 2020.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. **Diferentes concepções da infância e adolescência**: a importância da historicidade para sua construção. Estudos e pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, ano 7, n. 1, 1º semestre de 2007. Disponível em www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a13.pdf, acesso em 18. out de 2018.

HORTA, Ana Lúcia de Moraes. CALDEIRA, Nicole Hannes. **Terapia comunitária**: cuidado com a família na perspectiva do graduando de enfermagem. Acta Paul Enferm 2011;24(2): 165-71. 2010, SP. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002011000200002&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 18. out de 2018.

MACHADO, Dana Karine de Sousa. CAMATTA, Marcio Wagner. **Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Colet., 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 224-32 disponível em; http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf, acesso em: 28. fev de 2020.

OLIVEIRA, Angélica Moura. BICALHO, Christiane Mayena Salgado. TERUEL, Fernanda Morais. KAHEY, Leonardo Leão. BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Comportamento suicida entre adolescentes:** Revisao integrativa da literatura nacional. Adolesc Saude. 2017;14(1):88-96, acesso em 03. fev de 2020.

SAÚDE. Ministério da. **Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**– Brasil Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, 2006, UNICAMP. Disponível em; https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf, acesso, em 01. fev de 2020.

TEIXEIRA, Ana Maria Fortaleza; LUIS, Margarita Antonia Villar. **Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes**: um estudo epidemiológico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. esp., p. 31-36, 1997. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000500004&lng=en, acesso em 18. out de 2018.

VIEIRA, Kay Francis Leal. **Depressão e suicídio**: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. 2008, PB. Disponível em http://www.cchla.ufpb.br/ppgp/images/pdf/dissertacoes/kay_francis_leal_vieira_2008.pdf, acesso em 18. out de 2018.

NOME E LINK DA REVISTA A SER PUBLICADO.

Revista; Humanidades e Inovação - UNITINS
https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/index

ESTUDO SOBRE O ACOLHIMENTO INTEGRAL (24 HORAS) NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DO CAPS AD III DE PALMAS – TOCANTINS

STUDY ON COMPREHENSIVE RECEPTION (24 HOURS) IN THE TREATMENT OF USERS OF CAPS AD III IN PALMAS – TOCANTINS

Nathalia Guida Cariolano [1]
Jonatha Rospide Nunes [2]
Fernanda Vieira Santos [3]

Resumo: *Objetivo: caracterizar o perfil socioeconômico e clínico de usuários que ocuparam o leito de acolhimento noturno de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPSADIII). Método: pesquisa descritiva, transversal, bibliográfica e documental, de abordagem quantitativa. Nos casos em que os prontuários foram insuficientes, entrevistou-se o Técnico de Referência (TR). Resultados: o perfil socioeconômico e clínico mostrou que a maioria dos participantes era do sexo masculino, solteiro(a), com baixa escolaridade, desempregado(a), utilizava o álcool como principal APA, tiveram o primeiro contato com SPA na infância/adolescência, apresentaram depressão como principal comorbidade e foram acolhidos(as) para desintoxicação. Destaque para o uso significativo de crack entre as mulheres, que também demonstraram baixa adesão ao tratamento. Conclusão: a caracterização do perfil dos usuários de SPA é base para organização do serviço e construção de Políticas Públicas que garantam a implementação das ações de promoção, prevenção e tratamento da dependência química.*
Palavras-chave: *Acolhimento Integral. Reabilitação. Serviços de saúde mental. Transtornos mentais.*

Abstract: *Objective: to characterize the socioeconomic and clinical profile of users who occupied the bed at night at a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs III (CAPSADIII). Method: descriptive, transversal, bibliographic and documentary research, with a quantitative approach. In cases where the medical records were insufficient, the Reference Technician (TR) was interviewed. Results: the socioeconomic and clinical profile showed that the majority of the participants were male, single, with low education, unemployed, used alcohol as the main PAC, had their first contact with SPA in childhood / adolescence, had depression as the main comorbidity and were accepted for detoxification. Highlight for the significant use of crack among women, who also demonstrated low adherence to treatment. Conclusion: the characterization of the profile of SPA users is the basis for the organization of the service and construction of Public Policies that guarantee the implementation of actions for the promotion, prevention and treatment of chemical dependence.*
Keywords*: Comprehensive Reception. Rehabilitation. Mental health services. Mental disorders.*

[1] Enfermeira, Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0909808149987846. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5256-6474. E-mail: guidacariolano.nathalia46@gmail.com

[2] Psicólogo, Devir Espaço Terapêutico. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1352416707683038. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9793-1551. E-mail: jonatharospidenunes2015@gmail.com

[3] Terapeuta Ocupacional. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2248242033393779. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6359-194X . E-mail: fernandavieirasantos@hotmail.com

Introdução

O modelo de assistência em saúde mental sofreu mudanças significativas em seus pressupostos ao longo dos anos, a marginalização e o isolamento do convívio social, característicos do antigo modelo asilar, deram espaço a uma nova proposta de cuidado caracterizada pelo respeito aos direitos humanos, a cidadania e a reinserção social.

Segundo Nasi e Schneider (2011), a mudança do modelo de atenção passa a ocorrer concomitante ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970 e que se caracteriza por ser um processo de construção de alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional, centrado no manicômio e marcado, quase que exclusivamente, pelo papel de um profissional da saúde, o psiquiatra.

Esse novo movimento buscou a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, não somente no sentido de substituir o modelo asilar, mas na maneira de perceber e lidar com os transtornos mentais.

Para Guljor (2013) a reforma psiquiátrica buscou adotar a noção de atenção psicossocial, que compreende uma abordagem mais ampla de cuidado em saúde mental, com a inserção de diferentes disciplinas do conhecimento e a inserção do usuário como fundamental ator social no processo de tratamento.

Neste sentido, como alternativa, surgiram os serviços substitutivos, com objetivo de lançar um novo "olhar" para o sujeito em sofrimento, fomentando a criação de uma política que atendesse as necessidades dos usuários de maneira integral e garantisse acesso ao tratamento de qualidade. Dessa forma nasceu a Política Nacional de Saúde Mental, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais e/ou uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017)

A criação de dispositivos voltados para a assistência em saúde mental, articulados com serviços de diferentes complexidades e com formas diversificadas de acesso, ampliou o escopo de produção de saúde nessa área e trouxe benefícios significativos aos indivíduos com transtornos, seus familiares e para a sociedade onde os mesmos devem estar inseridos. A transformação do modelo de atenção em saúde mental, fomentado pela atual política, busca promover uma transformação paradigmática, que envolve a cultura, suas crenças e preconceitos, e que nos remete à história da saúde mental no país. De acordo com Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo que envolve quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

A efetividade da Política Nacional de Saúde Mental depende de diversos fatores, que afetam as diferentes dimensões propostas por Amarante (2007). Fortalecer as diretrizes e estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os dispositivos da RAPS é fundamental para promoção da garantia de direitos aos usuários em sofrimento mental.

> 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 e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves (BRASIL, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), esta política que institui a RAPS procura promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Deste modo, os usuários com transtornos mentais e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, devem receber atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3 anexo V de 2017, considera-se como componentes da RAPS os pontos de atenção em saúde que seguem: Atenção Básica; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II, entre os quais Comunidades Terapêuticas; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Centros de Atenção Psicos-

social nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos Especializados.

Dentre os dispositivos da RAPS, destacam-se os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que são constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar, realizando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semintensivo, e não intensivo (BRASIL, 2011).

As atividades no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe) e de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes" (BRASIL, 2011).

O cuidado, no âmbito dos CAPS é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), esse instrumento considera a singularidade da história de vida, bem como o contexto sociofamiliar da pessoa atendida (NEMES at al, 2000; LENE at al, 2003). A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação compartilhada entre o profissional do CAPS, que é referência para o usuário e sua família, a equipe do serviço e profissionais de outros dispositivos da RAPS, por meio de discussões e estudo do caso. Tais atividades buscam promover a construção da proposta de tratamento em equipe, com a participação do usuário e sua família, bem como as equipes de outros serviços da RAPS (HEPLER, STRAND, 1990).

Para Nasi e Schneider (2011), dentre os pressupostos do CAPS destacam-se o atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como a reabilitação psicossocial, visando promover o exercício da cidadania, maior grau de autonomia possível e interação social.

No Brasil, de acordo com estudos de Schrank e Olschowsky (2008), os CAPS demonstram serem efetivos no tratamento, promovendo um cuidado que relaciona acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários, por meio do acesso ao trabalho e ao lazer, bem como ao exercício dos direitos civis e à (re)construção de vínculos familiares e comunitários.

De acordo com a legislação que institui e organiza o funcionamento da RAPS, os Centros de Atenção Psicossocial são classificados em seis modalidades, diferenciadas de acordo com o número populacional do município em que está inserido e com o público que visa atender, ou seja, usuários de álcool e outras drogas e/ou com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2017).

O CAPS AD III atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (BRASIL,2011).

Para Alves e Lima (2013), a implementação dos CAPS AD pode propiciar a construção de práticas de cuidado cada vez mais sensíveis, que priorizem tanto as necessidades de saúde dos usuários, como envolvam o contexto territorial, sempre orientadas para a promoção dos direitos humanos e da cidadania.

De acordo com a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, o CAPSADIII é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante o período de acolhida, pelo planejamento da alta e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação na reinserção do usuário na comunidade. Assim sendo, uma das responsabilidades dos CAPSADIII é realizar a indicação para acolhimento noturno dos usuários.

> Tem como atribuição, dentre outras coisas regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros (BRASIL, 2012).

Dentre os objetivos da utilização desses leitos estão a redução de danos, prevenção de recaída, tratamento de abstinências leves, proteção em condições de riscos sociais, extrema vulnerabilidade e em caso de abstinência "fissura" intensa. (ALARCON, 2012).

A realização deste estudo teve como objetivo caracterizar os usuários que ocuparam

os leitos de acolhimento noturno segundo dados socioeconômicos, uso de substâncias psicoativas (SPA), vinculação ao CAPS AD III, assim como caracterizar os critérios de indicações da equipe para a sua utilização.

Os resultados demonstraram que o perfil socioeconômico e clínico da maioria dos participantes era do sexo masculino, solteira, com baixa escolaridade, desempregada, utilizava o álcool como substância de preferência, com destaque para o uso significativo do crack entre as usuárias do sexo feminino. Essas também demonstraram menos adesão ao tratamento, tiveram o primeiro contato com SPA entre infância e adolescência, apresentaram depressão como principal comorbidade e foram acolhidas para desintoxicação. De modo geral, a principal atividade pactuada no PTS, durante o tempo de acolhimento, foi a participação em grupos e oficinas do serviço, porém vale ressaltar que as mulheres demandaram mais dos atendimentos individuais. Quanto aos territórios de saúde, a maioria vive no Apinajé, Kanela e Javaé. Em relação aos critérios de indicação para o acolhimento noturno, a desintoxicação ficou em primeiro lugar, tanto em homens como em mulheres. Entretanto, um numero significativo das mulheres teve acolhimento por motivo de estabilização clínica e vulnerabilidade social o que, segundo a literatura, está relacionado a características de gênero.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, bibliográfico e documental, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer consubstanciado de número 3.667.903 e CAAE 19754619.0.0000.9187. Quanto aos meios da pesquisa, foram utilizadas referências bibliográficas, documentais e de campo, para dar mais sustentação ao presente trabalho.

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), localizado no plano diretor norte no município de Palmas/Tocantins, região Norte do Brasil. Levando em consideração que o serviço tem disponível 12 leitos e que o tempo limite de permanência é de 14 dias, podendo se estender de acordo com as peculiaridades de cada indivíduo.

Deste modo, o total de usuários em 4 meses seria de, em média, 96 acolhidos. Fazendo o cálculo com margem de erro de 10%, o tamanho da amostra estudada deveria ser de 40 usuários no total. Foram coletados dados de 10 acolhidos/mês, porém quatro participantes tiveram seus questionários excluídos da pesquisa por apresentarem informações incompletas; portanto, a amostra total foi de 36 usuários, de ambos os sexos. Como cada usuário possui um profissional técnico de referência, na medida em que o participante era sorteado, seu técnico também era selecionado para auxiliar no preenchimento do roteiro de pesquisa, assim como os registros institucionais (e-SUS, prontuário físico, atas e livro de plantão da enfermagem).

Trata-se de uma amostragem aleatória simples, onde ao final de cada mês todos os acolhidos em regime integral eram listados em uma planilha e, posteriormente, era efetuado sorteio (aleatório) para seleção daqueles que teriam seus questionários de pesquisa preenchidos. Cada participante recebeu um número em sequência e, a cada mês, dez números foram sorteados, de modo que todos tinham as mesmas chances de seleção. Cada usuário podia ser sorteado uma única vez durante os 4 meses em que a pesquisa ocorreu.

Foi desenvolvido um instrumento para a coleta de dados com as seguintes variáveis: sexo; idade; estado civil; escolaridade; ocupação; moradia; substâncias psicoativas utilizadas; idade de uso inicial das substâncias; sinais e sintomas decorrentes da abstinência do uso de drogas, durante o acolhimento integral; tempo de permanência no CAPSad; região de saúde em que vive; serviço que referenciou; comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas; critérios avaliados pela equipe para admissão; intervenções propostas durante o acolhimento 24 horas; avaliação do cumprimento do plano de cuidado; encaminhamentos do CAPSad para outros pontos das RAPS; conclusão do período de acolhimento integral; seguimento do tratamento no serviço. Este instrumento foi preenchido por meio da extração de dados secundários dos acolhidos (e-SUS, prontuário físico, atas e livro de plantão da enfermagem) sendo consultados os técnicos de referência dos usuários que fizeram parte da pesquisa, quando as informações

documentais estavam incompletas.

Resultados e discussões

Verificou-se maior percentual de acolhidos do sexo masculino, 72%, enquanto as mulheres representaram apenas 28% da amostra. Em estudo realizado por Rodrigues et al. (2013), os usuários dos serviços de saúde mental – CAPS AD do município de Jequié- BA, 62% eram do sexo masculino e 38% do sexo feminino. De acordo com o trabalho de Oliveira et al (2017), em um CAPS AD da Região Metropolitana de Curitiba (PR), esse dado foi ainda mais expressivo, já que houve a prevalência de participantes do sexo masculino em 92%. Portanto a literatura descrita vai ao encontro do resultado, pois demonstrou presença massiva dos homens no acolhimento integral.

Em relação a faixa etária, assim como no estudo de Batista e Constantino (2012), constatou-se que houve maior prevalência de indivíduos com idade entre 21 e 40 anos entre os homens; já no tocante às mulheres a média de idade foi maior, entre 40 e 60 anos.

Tabela 1: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a gênero e faixa etária.

Gênero	Feminino	Masculino
Faixa etária	28 %	72%
	40-60	21-40

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 08)

Quanto a situação conjugal, 58% dos homens são solteiros, enquanto 90% das mulheres também não têm companheiro(a). Estudo desenvolvido em uma unidade de reabilitação de Curitiba, com o objetivo de identificar o impacto nos relacionamentos de indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, apontou que uma das principais consequências desse transtorno é o rompimento de confiança e vínculo entre as pessoas e seus familiares, bem como a dificuldade de manutenção de relacionamentos afetivos (OLIVEIRA et al., 2017).

Tabela 2: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a situação conjugal.

	Gênero		Feminino	Masculino
		Sol Solteiro	90%	58%
Situação Conjugal		Casado	0%	27%
	Divorciado	0%	12%	
		Rel. estável	10%	4%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 08)

Para a variável escolaridade, a maioria completou o Ensino Fundamental, 27% dos homens e 30% das mulheres. No que tange ao grau de instrução educacional, várias são as pesquisas que relatam a prevalência da baixa escolaridade entre os usuários de drogas (ALMEIDA et al, 2014). A associação entre uso de SPA e baixa escolaridade é consenso nas pesquisas (VELHO, 2010). Isso porque as drogas ocasionam prejuízos cognitivos de percepção, memória e pensamentos, resultando em déficit de aprendizagem, de rendimento e no consequente abandono escolar (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004).

Tabela 3: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a escolaridade.

	Gênero	Feminino	Masculino
	Educação Básica	10%	15%
	Ensino Fundamental Incompleto	30%	23%
	Ensino Fundamental Completo	30%	27%
Escolaridade	Ensino Médio Incompleto	10%	12%
	Ensino Médio Completo	10%	19%
	Ensino Superior Incompleto	10%	0%
	Ensino Superior Completo	0%	4%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 09)

No quesito ocupação, observou-se a predominância de desempregados, na proporção de 60% entre mulheres e 69% entre os homens. No trabalho de Almeida et al (2014), ao analisar-se a questão do trabalho/ocupação e da renda, foi verificado que 394 (55,81%) usuários do serviço não estavam trabalhando, o que corrobora com os dados obtidos. Ressalta-se, que esses não contradizem com os dados de pesquisas internacionais que associam o baixo nível econômico, acumulação de muitos fatores negativos, com a maior proximidade com o uso prejudicial das drogas (CAMPOS; GAMA, 2008).

Tabela 4: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a ocupação.

	Gênero	Feminino	Masculino
	CLT	0%	4%
Ocupação	Autônomo	40%	23%
	Desempregado	60%	69%
	Benefício	0%	12%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 09)

No item moradia, entre as mulheres 20% moram com a família, enquanto os homens o número sobe para 54%. Nos casos em que as pessoas estão em situação de rua, entre as mulheres o percentual é de 70%, enquanto nos homens é de 35%. Diante do número expressivo de moradores de rua, principalmente do sexo feminino, constatado nesse estudo, é possível relacionar o fato do CAPS AD III estar presente na região central de Palmas, território Apinajé, onde grande parte dos acolhidos residem; por ser um ponto de apoio fundamental para a população em situação de vulnerabilidade social, esses usuários optam por fixar-se nas proximidades do serviço.

Essa foi a condição encontrada em 60 (8,49%) usuários de SPA de João Pessoa (ALMEIDA et al, 2014). É nesse cenário que se inserem as Equipes de Consultório na Rua (ECR), para lidar com os diferentes problemas e as necessidades de saúde da população em situação de rua, promovendo atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com os serviços de Atenção Básica e direcionando as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas para o atendimento nos CAPS AD (BRASIL, 2011).

Tabela 5: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a situação de moradia.

	Gênero	**Feminino**	**Masculino**
	Familia	20%	54%
Moradia	Só	10%	12%
	Situação de rua	70%	35%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 10)

Entre as substâncias utilizadas, o Álcool foi o de maior percentual, constituindo-se de 88% entre os homens e 70% entre as mulheres; ressalta-se, aqui, que os dados não se referem somente ao uso isolado, mas também, ao uso combinado com outras drogas. Quanto à droga mais consumida, o álcool é a de escolha da maioria dos usuários, corroborando com os dados existentes no Brasil e no mundo.

No 1º Levantamento Domiciliar e Institucional sobre o Uso de Álcool e outras Drogas no Estado Do Tocantins, em que a pesquisa teve como objetivo central saber qual a droga mais consumida pela população dos municípios pesquisados nas 8 (oito) regiões elencadas, detectou-se o álcool, com 41% das respostas do universo pesquisado (CZAPSKI, 2017).

Em relatório feito pela Secretaria da Cidadania e Justiça do Tocantins, por meio dos servidores do Núcleo Acolher, de atenção à pessoa com dependência química, foi descoberto que dos 52 atendimentos realizados desde o início do seu funcionamento, sendo 45 homens e 7 mulheres, 34,18% dos homens tinham como maior dependência o álcool, sendo a droga mais consumida entre esses. Já a maioria das mulheres atendidas era dependente de crack (33,33%) (GLÓRIA et al 2018).

O crack foi a droga mais citada nos registros das usuárias do sexo feminino, representando 80%. Esse resultado coaduna com pesquisa feita no município de Duque de Caxias-RJ, que considerou apenas as usuárias de cocaína e crack (31,3% dos 361 prontuários ativos no serviço) e demonstrou que a maior representatividade feminina pode denotar uma especificidade da distribuição por sexo da população de usuários dessas drogas, como também suscitar que as questões relacionadas ao gênero estão envolvidas (OLIVEIRA SILVA, 2015).

Cesar (2006), em estudo qualitativo realizado com mulheres da Unidade de Tratamento de Alcoolismo do Instituto Philippe Pinel no Rio de Janeiro, observou que 90% das mulheres declararam beber em âmbito privado e que se comportam de forma diferente quando bebem no âmbito social. Dado que pode indicar que mulheres conseguem esconder a dependência por mais tempo e que, por conta da forma como a sociedade vê a mulher alcoolista, há maior preocupação em relação à autoimagem ao expor-se a um tratamento em que terá que se deparar com outras pessoas (PEIXOTO; RODRIGUES; MOTA, 2010).

Tabela 6: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a substância utilizada.

	Gênero	**Feminino**	**Masculino**
	Álcool	70%	88%
	Crack	80%	27%
Substância utilizada	Cocaina	30%	19%
	Maconha	30%	27%
	Ecstasy	0%	4%
	LSD	0%	4%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 11)

Quanto a idade em que o paciente teve seu primeiro contato com as drogas tanto homens, quanto mulheres experimentaram pela primeira vez entre 10 e 20 anos. Informação relevante e que é evidenciada por estudos como o de MOURA (2015) que apontou em seu trabalho que os estudados tiveram a primeira experiência com as SPA, em sua maioria, na faixa etária entre 11 e 17 anos (62,87%%), seguido pela faixa entre 7 e 10 anos (13,17%) e 18 a 25 anos (12,57%). Esses dados, porém, indicam apenas o primeiro contato, não significando um uso prejudicial desde esse momento, embora alertem para os prejuízos que podem trazer para o desenvolvimento.

Tabela 7: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a idade do primeiro contato com substâncias psicoativas.

Gênero		Feminino	Masculino
Primeiro contato com SPA	10 a 20 anos	70%	96%
	Acima de 21 anos	30%	4%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 12)

O percentual dos que apresentaram sintomas de abstinência durante o acolhimento foi de 35% entre homens e 40% entre mulheres. De acordo com o apresentado na cartilha Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde (2010), não é indicada a inserção de usuários que apresentem quadros clínicos graves que os coloquem em risco de morte nos CAPS ADIII, devendo, neste caso, serem utilizados leitos de hospital geral. Algo a ser levado em consideração é o uso do álcool que em uma síndrome de abstinência grave pode desenvolver *delirium tremens*, condição que demanda cuidado hospitalar (MOURA,2015).

Tabela 8: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a abstinência durante acolhimento integral.

	Gênero	Feminino	Masculino
Sintomas de abstinência	Sim	40%	35%
	Não	60%	65%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 12)

Sobre a distribuição de pacientes por território de saúde, a maior incidência se deu no território Apinajé, seguido do Kanela e Javaé. Entende-se que, por ser o território mais próximo ao serviço, os moradores do Apinajé têm maior facilidade para acessar o dispositivo. Quanto ao Kanela e Javaé, a relação com o CAPS AD III pode ser explicada por serem regiões periféricas, onde parcela significativa dos moradores têm baixo poder aquisitivo e se concentram muitos pontos de venda, cenários de uso de SPA e quantidade relevante de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Conforme Guimarães e Novaes (1999), a redução da vulnerabilidade depende da eliminação das consequências das limitações sofridas pelos sujeitos ou grupos. No entanto, para que seja possível alcançar esse resultado, é preciso identificar tais limitações e conhecer os fatores envolvidos em sua gênese.

Tabela 9: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto o território.

	Gênero	Feminino	Masculino
	Krahô	10%	12%
	Karajá	10%	15%
Territórios	Javaé	20%	15%
	Xerente	10%	19%
	Apinajé	30%	19%
	Kanela	20%	15%
	Xambioá	0%	0%
	Pankararu	0%	4%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 13)

A média de ocupação mensal total do acolhimento 24 horas foi de 20,7 dias; a média de permanência entre as mulheres foi de 9,1 dias e entre os homens 12,44 dias. Em pesquisa feita por Moura (2015), a taxa de ocupação do leito de acolhimento noturno no CAPS AD III de Campinas – SP, variou de 62,50% a 93,95%, com média de permanência entre 5,52 a 10,09 dias.

Tabela 10: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto ao tempo de acolhimento.

	Gênero	Feminino	Masculino
Média de permanência	Tempo (dias)	9,1	14,44

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 13)

Quanto aos serviços que referenciaram usuários ao CAPSADIII e que se desdobraram em acolhimento noturno, as UPA's foram as que mais encaminharam, sendo 30% do sexo masculino e 12% feminino. Corroborando com esse dado Moura (2015) concluiu em seu trabalho que os Pronto Atendimentos foram os que mais referenciaram os usuários em questão para iniciar tratamento no CAPS AD III (30,43%).

No entanto, o que mais chama atenção é o fato dos usuários adentrarem o CAPS sem encaminhamento, na tabela nota-se que 80% dos homens e 50% das mulheres chegaram por conta própria ao serviço. Pode-se inferir que esse dado é resultante do acesso "portas abertas", onde o indivíduo não precisa ser, necessariamente, encaminhado para dar entrada. O que torna o serviço mais acessível.

Tabela 11: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a encaminhamentos.

	Gênero	Feminino	Masculino
Encaminhamento ao CAPS AD II	UPA's	30%	12%
	CNR	10%	4%
	CRAS	10%	4%
	Sem encaminhamento	50%	80%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 14)

As comorbidades em destaque foram depressão, representando 10% do público feminino e 19% do masculino. A esquizofrenia apareceu na mesma proporção que a depressão entre as mulheres. Sobre a incidência de outros transtornos mentais associados ao uso de substâncias, estima-se de 6 a 8% da população (BRASIL, 2007). Como já citado anteriormente, o crack foi a droga mais prevalente entre mulheres; o mesmo, além de elevar o potencial de sintomas depressivos, ansiosos e de outras comorbidades, também causa menos motivação para a mudança e menor adesão ao tratamento (LIMA et al, 2011).

Tabela 12: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a Cormobidades.

	Gênero	**Feminino**	**Masculino**
	Depressão	10%	19%
Cormobidades	Esquizofrenia	10%	0%
	Tab	0%	4%
	Outros	40%	27%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 14)

Em relação aos critérios de admissão, a desintoxicação apareceu com um percentual de 92% entre homens e 70% entre mulheres, a estabilização clínica e a vulnerabilidade social apresentaram número superior entre mulheres comparado aos homens, conforme tabela abaixo. Segundo Moura (2015), em sua pesquisa, a promoção de abstinência foi uma das indicações consideradas, a qual era utilizada tanto para conseguir acompanhar uma Síndrome de Abstinência Alcóolica, assim como para favorecer uma investigação diagnóstica e auxiliar com que o usuário interrompesse o seu uso naquele período. A estabilização clínica vem ao encontro com esse item.

No tocante ao critério de vulnerabilidade social, esse ter apresentado maior incidência sobre as usuárias do sexo feminino, a literatura traz que as mulheres apresentam vulnerabilidades relacionadas às questões de gênero, que as expõem a padrões de sofrimento, adoecimento e morte distintos dos homens (SILVA; PEREIRA, 2015).

Tabela 13: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto aos critérios de admissão.

	Gênero	**Feminino**	**Masculino**
	Desintoxicação	70%	92%
Critérios de Admissão	Estab. Clínica	60%	19%
	Vulnerabilidade social	60%	12%
	Ambiente protegido	3%	4%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 15)

Acerca do projeto terapêutico singular (PTS), construído em conjunto entre o técnico de referência e usuário, 96% incluíam as atividades de grupo/oficinas para homens e 70% para mulheres. Como já citado na introdução, a elaboração do PTS deve acontecer por meio da atuação compartilhada entre o profissional do CAPS, que é referência para o usuário e sua família, a equipe multiprofissional do serviço e profissionais de outros dispositivos da RAPS, porém nota-se que essa orientação não é seguida em muitos casos, por deixar tanto a família, quanto os outros serviços fora dessa pactuação, tornando o PTS fragilizado em muitos aspectos, em

especial ao que se refere a ações conjuntas no território de saúde.

A prática de grupos tem caráter processual, e o processo de mudança não se restringe a uma tomada de consciência, pois essa, muitas vezes, é capturada por sentimentos de culpa e valores morais. Para funcionar, esse tipo de cuidado precisa provocar inquietações, suscitar perguntas e trazer respostas novas (LEAL PACHECO; ZIEGELMANN, 2008)

Atendimento individual foi a segunda atividade que mais apareceu como proposta para ambos os sexos, sendo que as mulheres demandaram mais desse cuidado.

Tabela 14: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto ao projeto terapêutico singular proposto durante o acolhimento integral.

	Gênero	**Feminino**	**Masculino**
	Grupos/oficinas	70%	96%
PTS	Atendimento individual	60%	35%
	Articular rede de apoio	10%	4%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 16)

Avaliando o comprometimento dos usuários com as atividades propostas no PTS, 77% dos homens finalizaram o acolhimento integral com conceito satisfatório, já as mulheres tiveram um percentual maior para insatisfatório de 60%.

Num trabalho de análise do perfil sociodemográfico e de adesão ao tratamento de dependentes de álcool num CAPS AD do Piauí, a população estudada mostrou maior número do sexo masculino, o que corrobora com estudo que evidenciou a questão de gênero para a busca do tratamento, indicando que as mulheres sentem vergonha da doença, resultando em afastamento do tratamento (MONTEIRO et al, 2011).

Tabela 15: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto ao desempenho do PTS.

	Gênero	**Feminino**	**Masculino**
Desempenho do PTS	Satisfatório	40%	77%
	Insatifatório	60%	23%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 16)

O quantitativo dos que concluíram o tratamento no acolhimento noturno 24h foi de 73% entre homens e 30% entre as mulheres. É fundamental compreender que o tratamento em saúde mental envolve dimensões subjetivas do indivíduo, e que requer o cuidado psicossocial, singular e que considere o sujeito dentro de sua história de vida, em seu contexto econômico, social e cultural, e sua estrutura psicológica (SILVA; PEREIRA, 2015).

Tanto na variável “desempenho do PTS”, quanto “concluiu o tratamento”, o público feminino teve resultados significativamente piores que o masculino; diante desse cenário é importante compreender que gênero é uma construção sociocultural, portanto é imprescindível na abordagem psicossocial.

Assim, conhecer as especificidades do gênero feminino entre os usuários de drogas contribui para o conhecimento das diferenças existentes entre homens e mulheres no enfrentamento do uso de substâncias e é imprescindível para estabelecer um cuidado equitativo, integral e efetivo para as mulheres (BRASIL, 2011).

Tabela 16: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à conclusão do Tratamento.

	Gênero	Feminino	Masculino
Concluiu o Tratamento	Sim	30%	73%
	Não	70%	27%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 17)

A quantidade dos que continuaram o tratamento no CAPS AD foi de 77% entre homens e 60% entre mulheres. Esse dado é significativo, pois demonstra que há a manutenção do vínculo do indivíduo com a equipe e o serviço, mesmo após a alta do leito. Sabe-se que a continuidade do tratamento é de suma importância e, apesar desse quesito ser positivo no CAPS ADIII de Palmas, outros estudos demonstraram ser um desafio conseguir que o usuário não abandone a terapêutica.

Além disso, os indivíduos com sofrimento relacionado ao uso de SPA's, encontram-se muitas vezes fragilizados pelo processo de estigmatização social, têm seus laços familiares enfraquecidos e podem apresentar comorbidades de cunho psíquico. Muitos, ainda, encontram-se em situação de rua, o que acarreta vulnerabilidade social extrema. Estas características geram dificuldades de adesão ao serviço e formação de vínculo com os profissionais (SILVA, 2014).

Tabela 17: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à permanência no CAPS AD.

	Gênero	Feminino	Masculino
Continua no CAPS AD	Sim	60%	77%
	Não	40%	23%

Fonte: CARIOLANO (2020, p. 17)

Considerações Finais

Relevante destacar que houveram limitações durante a coleta de dados, pois muitos registros estavam desatualizados e incompletos, principalmente no prontuário eletrônico (e-SUS), o que ocasionou a omissão de informações de suma importância. Deste modo, ressalta-se a necessidade de aprofundar as informações levantadas neste trabalho de conclusão de residência (TCR), com vistas a contribuir para o fortalecimento do conhecimento nesta área da Saúde Mental.

Conclui-se que o perfil dos usuários em acolhimento integral (24 horas) no CAPS AD III de Palmas – TO, caracteriza-se predominantemente por homens, solteiros, entre 21 e 40 anos, desempregados, com ensino fundamental completo, que moram com familiares (com exceção das acolhidas do sexo feminino que são predominantemente moradoras de rua) utilizaram o álcool como principal substância, tiveram sua primeira experiência com SPA na infância e/ou adolescência, possuem depressão como principal comorbidade e são provenientes dos territórios Apinajé, Kanela e Javaé.

Foram acolhidos, principalmente, para desintoxicação, tiveram como principal proposta de PTS a participação em grupos/oficinas e atendimento individual, porém as mulheres, em

sua maioria, não realizaram o que foi pactuado com o técnico de referência, assim como, não permaneceram até o final do acolhimento 24 horas. Tanto homens, quanto mulheres continuaram a se tratar no CAPS AD III após ficarem acolhidos.

Este trabalho aponta a necessidade de ações de promoção e atenção à saúde em todos os territórios, é fundamental compreender as questões de gênero que envolvem o universo das drogas para melhorar o acesso das mulheres com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas aos dispositivos de saúde, bem como pensar em ações para as mesmas, pois estão em maior vulnerabilidade (situação de rua), além de apresentarem mais dificuldades, tanto na realização das atividades do PTS, como na adesão e continuidade do tratamento.

O desenvolvimento de atividades/ações nos territórios de saúde como parte dos PTS's, de modo a contemplar a proposta de cuidado e apoiar/mobilizar os familiares e os serviços dos territórios de saúde, faz-se necessário. Estas ações devem priorizar os territórios de onde vem a maior parte dos acolhidos no 24 horas (Apinajé, Kanela e Javaé).

Os resultados referentes ao perfil das pessoas acolhidas integralmente no CAPS AD III de Palmas são fundamentais para os profissionais da saúde, quanto todas as áreas que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município e outras redes, pois ao conhecerem as características dessa população podem desenvolver planos de cuidado direcionados para a realidade e a particularidade dessa clientela, a fim de promover o aperfeiçoamento da promoção à saúde e adesão ao tratamento, garantindo, de forma geral os direitos fundamentais destas pessoas.

Portanto, os dados podem, também, ser aproveitados para comparações com outros municípios ou regiões do país, a fim de obter-se um panorama mais completo do Brasil quanto aos usuários dos dispositivos CAPS AD, identificando as singularidades deste público relacionadas as diferentes regiões do país. Tais informações devem servir de base para construção de Políticas Públicas, de âmbitos Nacional, Estadual e Municipal que concretizem a garantia de direitos desta população.

Referências

1º Levantamento domiciliar e institucional sobre o uso de álcool e outras drogas no Estado Do Tocantins / Alessandra Ruita Santos Czapski (Coord.). **Unitins.** Palmas, 2017.

ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo.* **Editora Fiocruz**. Rio de Janeiro, 2012.

AMARANTE, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In: Resenhas book reviews, **Cad. Saúde Pública, Editora Fiocruz**. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/27.pdf. Acesso em: 07 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos.** 2017**.** Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental. Acesso em: 07 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): **Editora MS;** 2011. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx. Acesso em: 07 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde. **Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2010. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** 2011. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 07 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012.** 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 07 nov. 2018.

_____. **Ministério da Saúde.** Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF); 2007. Acesso em: 14 fev. 2019.

CESAR, B. A. L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J Bras Psiquiatr. 55:208-11,** 2006.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil de usuários de substância psicoativas do CAPSAD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 7, n. 2, p. 23-38, 2012.

GLÓRIA, M. et al. Perfil dos dependentes químicos acolhidos em comunidades terapêuticas no estado do Tocantins - relatório quantitativo institucional. Secretaria de Cidadania e Justiça. Palmas, 2018. Disponível em:https://central3.to.gov.br/arquivo/409454/. Acesso em: 17 fev. 2020.

GUIMARÃES M.C.S., NOVAES S. C. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. **Bioética 7(1):21-4**. 1999. Disponível em:scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0311.pdf. Acesso em: 18 fev. 2020.

GULJOR, Ana Paula. Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental [dissertação]. **Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, 2003.

HEPLER CD, STRAND LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**. 1990;47:533-43.

JORGE, A. C. R. Analisando o perfil dos usuários de um CAPSAD. 2010. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva). - **Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. *Porto Alegre*, 2010.

KOHN, A. A. F. et al. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. **Artmed: p.187- 98**. Porto Alegre; 2007.

LIMA, H.P et al. Caracterização de drogaditas atendidas em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas: estudo documental. **Online braz j nurs**. 2011;10 (2).

LEITE SN, VASCONCELLOS MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciên Saúde Colet. 2003;8(3):775-82**.

MATEUS, Mário. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. Secretaria de Saúde de São Paulo**. 2013. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outraspublicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf. Acesso em: 07 nov. 2018.

MONTEIRO, C. F. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de

álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc. Anna Nery* [online]. 2011, vol.15, n.1, pp.90-95. ISSN 1414-8145. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100013. Acesso em 17 fev. 2019.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento*:* pesquisa qualitativa em saúde. **12. ed.** São Paulo: **Hucitec**, 2010.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** 2011; 45(5):1157-63.

NEMES M.I.B. et al. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2000.

OLIVEIRA, Vânia et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um caps ad do sul do brasil. **Revista Baiana de Enfermagem, v. 31, n. 1**. Salvador, 2017.

PACHECO, Milena Leal; ZIEGELMANN, Luiz. Grupo como dispositivo de vida em um CAPS Ad: um cuidado em saúde mental para além do sintoma. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78-79-80, p. 108-120, 2008.

PEIXOTO, Clayton et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAP-Sad). **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852010000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 Fev. 2020.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria v. 6, supl 1, p. 14-17**. São Paulo, 2004.

RODRIGUES, L. S. et al. Perfil dos usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial--álcool e drogas. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, v. 7, n. 8**, 2013.

SILVA, C. R. Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS – ad). Salvador, 2014.

SILVA, E. B.; PEREIRA, A. L. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial [Profile of women crack cocaine users attending a Psychosocial Care Center]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 203-209, 2015.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 127-134, Mar. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Nov. 2018.

VELHO, S. R. B. R. **Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPSAD, Londrina/PR**. 174 f. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ZORZETTO, R. et al. Pesquisa em saúde mental na América Latina: avanços e desafios, **In: Mello MF, Mello**. 2007.

Recebido em 09 de junho de 2020.
Aceito em 26 de maio de 2021.

O processo de trabalho do farmacêutico na Residência Multiprofissional em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial: um relato de experiência

The pharmacist's work process in the Multiprofessional Residence in Mental Health in Psychosocial Care Centers: an experience report

El proceso de trabajo del farmacéutico en la residencia multiprofesional en salud mental en centros de atención psicosocial: un informe de experiencia

Palavras-chave: Farmacêutico, Saúde Mental, Clínica, Pesquisa Qualitativa

Neyva da Silva Moraes Rios[1]
Karolyne Botelho Marques Silva[2]
Marta Cardoso Rocha[3]
Lucélia Maria Abreu Pereira [4]

Cadernos de Saúde Pública

Correspondência
Moraes-Rios, NS
Instituto Vinte de Maio Quadra 405 Sul, Avenida LO 09,
HM 06, Lote 11, s/n - Plano Diretor Sul, Palmas - TO, 77015-611
neyvafarma@hotmail.com

Esta pesquisa objetivou descrever o processo de trabalho do profissional residente de farmácia nos CAPS AD III e CAPS II, em Palmas-TO, bem como e descrever as experiências voltadas à prática clínica pelo farmacêutico residente em Saúde Mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa foi realizada mediante o relato de experiência com abordagem qualitativa e contribuiu para uma maior adesão dos usuários ao tratamento, fortalecendo a categoria farmacêutica dentro da equipe multiprofissional, servindo como base para que novos profissionais venham aprimorar suas práticas. Concluiu-se que o farmacêutico residente contribuiu consideravelmente com a equipe multiprofissional, nos CAPS, por meio do exercício de suas atividades clínicas, dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições que tem por objetivo acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social, incentivá-los a buscar sua autonomia, ofertar atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é priorizar a integração dos usuários a um ambiente sócio-cultural concreto, denominado como território; o espaço urbano onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares e representa a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica[1] .

O primeiro CAPS do Brasil teve sua inauguração em 1786, na capital de São Paulo; Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação dos CAPS fez parte de um intenso movimento social, que se iniciou

com trabalhadores da saúde mental que estavam em busca de melhorias da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais de psiquiatria que, naquele momento, era o único recurso destinado aos usuários portadores de transtorno mental.[2]

Para cuidar integralmente desses usuários foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituida pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial[3].

Os CAPS são integrantes de uma nova modalidade de atenção implantada no Sistema Único de Saúde (SUS) que envolve a construção de uma política pública baseada em práticas multiprofissionais e interdisciplinares[4].

É importante destacar neste contexto, considerando novas formas de cuidado em saúde mental, as atribuições clínicas do profissional farmacêutico como estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrado no paciente; desenvolver em colaboração com os demais membros das equipes de saúde ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde; participar de ações de prevenção de doenças e outros problemas de saúde; bem como promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe.[5]

De acordo com a resolução nº 585 de 29 de Agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências:

> A expansão das atividades clínicas do farmacêutico ocorreu, em parte, como resposta ao fenômeno da transição demográfica e epidemiológica observado na sociedade. A crescente morbimortalidade relativa às doenças e agravos não transmissíveis e à farmacoterapia repercutiu nos sistemas de saúde e exigiu um novo perfil do farmacêutico[5].

Para Zanella e col.[6], grande parte das atribuições do farmacêutico ainda encontra-se ligada às práticas gerenciais, o que dificulta a sua atuação junto ao paciente durante a dispensação e prejudica a promoção do uso racional de medicamentos. Desse modo, destaca-se a necessidade de ações que permitam o aprimoramento contínuo deste profissional, gerando compreensão do seu papel junto à equipe multidisciplinar para que o mesmo esteja apto a desenvolver práticas clínicas direcionadas ao paciente com transtorno mental.

Nesta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivos descrever o processo de trabalho do farmacêutico na Residência Multiprofissional em Saúde Mental nos CAPS, em Palmas-TO, bem como evidenciar e descrever experiências farmacêuticas voltadas à prática clínica, no contexto da Reforma Psiquiátrica.

METODOLOGIA

A pesquisa de campo, do tipo descritiva, foi realizada mediante um relato de experiência, com abordagem qualitativa, onde foi descrito o processo de trabalho do farmacêutico residente nos cenários de prática do CAPS II e CAPS AD III, em Palmas-TO.

Os instrumentos utilizados foram os cadernos de notas de campo para registro e descrição dos relatos de campo, teste de adesão de Morisky, Guia de Grupo GAM: Gestão Autônoma da medicação, entrevista semi-estruturada, plano de cuidado do farmacêutico, prontuário eletrônico, Sistema Nacional de Regulação, bem como os registros das ações ambulatoriais em documentos físicos das atividades individuais e coletivas.

Os dados foram coletados por meio de relatos de experiência das práticas do farmacêutico residente nos CAPS, os quais foram registrados em caderno de notas de campo como tradução das experiências em forma de texto. A coleta dos dados foi realizada, também, mediante entrevista semi-estruturada aos farmacêuticos residentes participantes da pesquisa

no último dia de coleta de dados, com o intuito de verificar a percepção em relação ao entendimento sobre a prática clínica, e se a sua realização foi possível durante o processo de trabalho.

A coleta de dados teve como base a saturação dos dados de cada prática, com duração de aproximadamente 4 meses. De acordo com Nascimento e col.[7], considerou-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento foi encontrado e o acréscimo de novas informações deixou de ser necessário, não alterando a compreensão do fenômeno estudado e permitindo estabelecer a validade do conjunto de dados.

Para a análise de dados foram descritos quais foram as atividades realizadas, utilizando-se o referencial teórico presente nos principais periódicos científicos (google acadêmico, scielo, periódicos Capes). Analisou-se, a partir do processo de trabalho do farmacêutico residente, a possibilidade de realização de prática clínica no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Foram relatadas as observações e vivências de fatos concretos, acontecimentos, relações verificadas (como a relação farmacêutico residente-paciente e farmacêutico residente com outros profissionais de saúde), de experiências pessoais do investigador, de participação e/ou condução de grupo terapêutico, de discussão de casos, plano de cuidado, reflexões sobre as práticas, atenção ao sujeito em seu território (que faz parte dos serviços dos CAPS), o compartilhamento das ações terapêuticas, apoio como técnico de referência (TR) e visita domiciliar compartilhada (extensão das práticas dos CAPS).

O projeto de pesquisa (PP) foi encaminhado à Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), via Plataforma FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28013).

Após apreciação e aprovação, o mesmo foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (UFT ou CEULP/ULBRA ou UNITINS), de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos[8]. Número do Parecer: 3.534.868.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DESAFIOS DAS PRÁTICAS CLÍNICAS DO FARMACÊUTICO NOS CAPS

Devido as práticas nos CAPS serem orientadas a partir da demanda do serviço, em virtude da deficiência de recursos humanos, houve certa dificuldade dos profissionais residentes participantes deste estudo realizarem algumas atividades no cenário de prática, principalmente as atividades externas, tais como visitas domiciliares e apoio matricial no território, bem como a condução de novos grupos terapêuticos.

A seguir, estão descritas as práticas clínicas farmacêuticas realizadas pelos participantes da pesquisa, no CAPS II:

Tabela 1

Práticas Farmacêuticas desenvolvidas no CAPS II, Palmas-TO, Set-Out, 2019.

FARMACÊUTICA RESIDENTE-A	FARMACÊUTICA RESIDENTE-B
Acolhimento inicial individual/compartilhado	Acolhimento inicial compartilhado no CAPS e no Território (apoio matricial)
Discussão de casos clínicos com equipe multiprofissional	Discussão de casos clínicos com equipe multiprofissional no CAPS e no Território (apoio matricial)
Visitas domiciliares compartilhadas, com orientação farmacêutica	Visitas domiciliares compartilhadas com orientação farmacêutica no CAPS e no Território (apoio matricial)
Elaboração de Plano Terapêutico junto ao usuário	Acompanhamento Farmacoterapêutico no Território
Escuta Qualificada	Escuta qualificada compartilhada no Território (apoio matricial)
Evolução farmacêutica e registro em prontuário farmacêutico eletrônico	Evolução farmacêutica e registro em prontuário farmacêutico eletrônico no Território
Atendimento à família	Atendimento compartilhado à família no Território
Fornecimento de informação sobre medicamentos à equipe de saúde	Educação Permanente no Território (apoio matricial)
Orientação Farmacêutica	Fornecimento de informação sobre medicamentos à equipe de saúde no CAPS e Território
Articulação Intersetorial	Articulação Intersetorial
----	Comando de Grupo terapêutico no CAPS e Território (apoio matricial)

Fonte: Autoria própria, Janeiro, 2020.

Um estudo realizado por Correia e Gondim[8], no Ceará, no ano de 2014, sobre estratégia farmacêutica em Saúde Mental, evidenciou que o farmacêutico comparece as reuniões de debates dos casos clínicos, analisando prontuários com médicos e enfermeiros de trabalhos conjuntos com terapeutas ocupacionais e psicólogos, propiciando trocas de informações sobre o medicamento e promovendo uma farmacoterapia exitosa.

Nos CAPS, a inserção do farmacêutico na equipe dos serviços de saúde mental favorece a realização das atividades gerenciais e clínicas na perspectiva da promoção do uso racional dos medicamentos[9]. Porém, o maior desafio consiste na inserção do farmacêutico nas atividades clínicas. No entanto, os farmacêuticos residentes conseguiram participar de reuniões diárias com a equipe multiprofissional para discussão e para melhor resolução de casos clínicos e encaminhamentos dos usuários.

"Foi bastante difícil fazer a equipe entender que meu propósito como farmacêutica residente em saúde mental extrapolava as paredes da farmácia e meu foco realmente era a convivência e acolhimento dos usuários..." (Farmacêutica residente A).

Para Correia & Gondim[8], os avanços da Reforma Psiquiátrica, a criação dos CAPS e o redirecionamento das atividades da Atenção Primária tornam imperiosa a adequação da prática farmacêutica por meio de atividades de orientação e acolhimento ao usuário de Saúde Mental.

Considerando que os CAPS buscam trabalhar em conformidade com a Reforma Psiquiátrica[8], percebeu-se o favorecimento à realização de práticas clínicas ao farmacêutico por meio de sua inserção no trabalho em equipe e de atendimentos compartilhados centrado

no usuário, já que, ao trabalhar de forma multidisciplinar, o profissional consegue se desvencilhar das atividades gerenciais para oferecer cuidado farmacêutico ao usuário.

"*Entre os desafios enfrentados pelo farmacêutico residente, na construção de práticas clínicas, nos CAPS, destaca-se a utilização da metodologia ativa, demandada pela residência em Saúde mental"* (Farmacêutica Residente B).

Honda & Chirelli[10], realizaram um estudo sobre metodologias na formação na Residência Multiprofissional em Saúde, no estado de São Paulo, nos anos de 2012 e 2013**,** onde identificaram que há ~~a~~ necessidade de rever a prática na implementação das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com maior participação coletiva, democrática e dialogada, estabelecendo corresponsabilidades e novas perspectivas de parcerias, ainda que se observe avanços dessas práticas.

Inicialmente, observou-se certa dificuldade das participantes em se adequarem às metodologias ativas, em virtude do modelo tradicional de ensino da graduação.

"Os desafios são de integrar o conhecimento técnico farmacêutico e o multidisciplinar a ser construído como especialistas na Saúde Mental, ou seja, aliar os dois pontos sem perder a identidade profissional." (Farmacêutico residente A).

Para Sousa & Bastos[11] há a necessidade de compreender melhor como a interdisciplinaridade dialoga com o currículo de Farmácia e à superação de obstáculos técnicos e políticos que impedem a prática interdisciplinar efetiva na formação dos farmacêuticos, entre eles, a falta de capacitação docente e as disputas de poder entre áreas.

Verificou-se que, ainda que se identifique carência na graduação de Farmácia, em relação às práticas interdisciplinares, a residência proporcionou possibilidades de execução de práticas clínicas ao farmacêutico, como por exemplo, por meio de visitas domiciliares compartilhadas e prestando orientação ao usuário no território de saúde, o que possibilitou compreender melhor o contexto familiar, considerando a integralidade do indivíduo para favorecer uma maior efetividade ao tratamento.

Alencar e col.[9] abordaram a participação do farmacêutico nas visitas domiciliares, auxiliando na identificação dos portadores de transtornos mentais e na construção de vínculo, bem como a observação da terapêutica, identificando hábitos, estilos de vida e outros fatores que podem influenciar no tratamento.

A seguir observa-se algumas práticas farmacêuticas realizadas no CAPS AD III:

Tabela 2

Práticas Farmacêuticas desenvolvidas no CAPS AD III, Palmas-TO, Nov-Dez, 2019

FARMACÊUTICA RESIDENTE-A	FARMACÊUTICA RESIDENTE-B
Discussão de casos clínicos em reunião com a equipe	Discussão de casos clínicos em reunião com a equipe
Atendimento Compartilhado com outras categorias profissionais	Escuta Qualificada
Articulação Intersetorial	Articulação Intersetorial
Condução de Grupo Gestão Autônoma da Medicação, compartilhada com outras categorias profissionais	Condução do Grupo Gestão Autônoma da Medicação, compartilhada com outras categorias profissionais
Evolução farmacêutica e registro no prontuário eletrônico	Evolução farmacêutica e registro em prontuário eletrônico
Visita Domiciliar compartilhada	Atendimento individual com aplicação de instrumentos
Atendimento à família	Fornecimento de informação sobre medicamentos à equipe de saúde
Construção de Plano terapêutico junto ao usuário	Construção de Plano de Cuidado Farmacêutico
Orientação farmacêutica	Orientação farmacêutica
Apoio como Técnica de Referência	Apoio como Técnica de Referência

Fonte: Autoria própria, Janeiro, 2020.

As Tabelas 1 e 2 retratam as práticas desenvolvidas pelos farmacêuticos residentes nos CAPS II e CAPS AD III, sendo que, todas dependem da equipe multiprofissional para serem executadas. Na lógica da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), atender a integralidade dos usuários é um dos grandes desafios para os profissionais da área, considerando o déficit de recursos nos serviços, o que implica diretamente no processo de trabalho.[12] O mesmo influencia e determina as práticas dos profissionais, superando a intenção de levar algo novo para o serviço, como o grupo sobre medicamentos.

Importante considerar que, mesmo que a orientação farmacêutica seja uma prática inerente ao profissional farmacêutico, este necessita ter conhecimento da história clínica do usuário por fontes como: prontuário eletrônico ou por informações fornecidas pelo técnico de referência e equipe para que tal orientação seja efetiva e significativa ao tratamento do usuário. Portanto, priorizou-se um trabalho que considerou fundamental a interação do farmacêutico com a equipe.

"Ocorrerá a continuação de grupos já criados em parceria com outra farmacêutica residente em saúde mental em um grupo específico. Será construído a sequência desses grupos fazendo-se ajustes e manutenções. Em outros grupos voltados para saúde mental, que conduzi, não falava sobre medicamentos, mas consegui interagir bem com o usuário, compartilhar experiências e construir vínculos". (Farmacêutica Residente A).

Um estudo realizado por Silva e Lima[13], sobre Assistência Farmacêutica na Saúde Mental, na região Médio Paraopeba, em Minas Gerais, identificou-se que, em um total de 15 CAPS, apenas um desenvolvia atividades aos usuários sobre uso de medicamentos, evidenciando a necessidade de uma maior participação do farmacêutico no controle e padronização das atividades e, principalmente, nas assistenciais e compondo a equipe de referência em Saúde Mental.

Como demonstrado nas Tabelas 1 e 2 apesar dos desafios enfrentados, verificou-se que os participantes conseguiram desenvolver atividades relacionadas aos medicamentos, tanto em atendimento individual compartilhado quanto em grupo, priorizando o trabalho em equipe. Isto proporcionou um maior reconhecimento da categoria dentro dos processos de

cuidado aos usuários em saúde mental e de sua importância nas ações de promoção e recuperação da saúde.

"Ocorrerá a continuação de grupos já criados em parceria com outra farmacêutica residente em saúde mental em um grupo específico. Será construído a sequência desses grupos fazendo-se ajustes e manutenções. Em outros grupos voltados para saúde mental, que conduzi, não falava sobre medicamentos, mas consegui interagir bem com o usuário, compartilhar experiências e construir vínculos". (Farmacêutica Residente A).

Zanella[6] relatou que a prática atual de serviços orientados ao paciente está em desenvolvimento em unidades CAPS que contam com a presença do profissional farmacêutico. Neste estudo, observou-se que ainda não é habitual que o farmacêutico discuta com o médico sobre a farmacoterapia, realizando intervenções para potencializar a adesão do paciente ao tratamento. Assim, é importante a realização de ações que possibilitem o aprimoramento contínuo do farmacêutico, favorecendo a compreensão do seu papel junto à equipe multidisciplinar para que este profissional esteja apto à prática clínica voltada aos pacientes com transtornos mentais.

Nesta perspectiva, verificou-se que os farmacêuticos residentes realizaram várias discussões de casos com outros profissionais de saúde, como o médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, dentre outros, buscando uma maior resolutividade dos problemas de saúde identificados.

"Compartilhar atividades com outras categorias profissionais, além de me proporcionar muito conhecimento, potencializou mais os atendimentos. Consegui integrar a equipe multiprofissional e preservar minha identidade profissional, trabalhando de forma interdisciplinar" (Farmacêutico residente B).

Santos e Felipe[14] estudaram sobre a atuação do farmacêutico na Saúde Mental após a Reforma Psiquiátrica e afirmaram que é fundamental destacar a importância da assistência e da atenção farmacêutica na saúde mental, com o objetivo de tratar não só do medicamento, mas do paciente como um todo. Essa assistência possibilita um vínculo entre o farmacêutico e o paciente e o profissional pode auxiliar o paciente na compreensão sobre a doença e o tratamento medicamentoso com o objetivo de produzir melhores resultados terapêuticos.

O farmacêutico também comandou grupos não específicos sobre medicamentos, de maneira compartilhada com outros profissionais, abrangendo assuntos sobre a saúde mental e processo de inserção social, como o "Grupo de Leitura", onde o farmacêutico teve a oportunidade de levar várias temáticas para serem lidas e discutidas pelos usuários, inclusive sobre os Movimentos da Reforma Psiquiátrica, assim como o "Grupo de Bom dia" em que os profissionais iniciavam o dia orientando os usuários sobre regras nos CAPS e também servia como momento de escuta de demandas dos usuários.

Assim, tanto os atendimentos farmacêuticos quanto as atividades compartilhadas com outros profissionais visaram o cuidado humanizado ao usuário buscando envolver a Rede de Atenção à Saúde e outros órgãos públicos por meio de articulações intersetoriais, como reuniões e discussões de casos clínicos com a equipe do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), como forma de conscientizar sobre a necessidade de responsabilização pelo usuário.

Para os autores Souza & Ribeiro[15], é importante que os profissionais se conscientizem de que o trabalho em saúde mental, nesse novo modelo de atenção, requer constância na reformulação acerca do trabalho interdisciplinar, seus conceitos e aplicações, para que finalmente discurso e prática possam se alinhar e resultar numa assistência efetiva e coerente, com uma equipe que trabalhe de forma harmoniosa e bem-sucedida.

Matriciamento pelo farmacêutico residente

O apoio matricial, no aspecto pedagógico, só foi possível ser realizado quando o farmacêutico já estava inserido no território (NASF-ab), como agentes dos CAPS. Porém, quando estava inserido no cenário de prática, exclusivamente nos CAPS, para o apoio matricial, foi dado preferência a outros profissionais.

"O serviço dá prioridade para outras categorias como psicólogos e assistentes sociais para realizar essa ação. E realizar apoio matricial sem ser demandado pelo território não é viável, devido ao processo de trabalho exigir a nossa presença nos CAPS" (Farmacêutica Residente A).

Foi possível trabalhar no apoio matricial com a equipe de saúde da família, em seu âmbito pedagógico, a abordagem de temas referentes aos medicamentos psicoativos. Logo, o farmacêutico juntamente com o médico e NASF-ab matriciaram os ACS, abordando não somente assuntos relacionados à medicamentos, como também sobre transtornos mentais e situações reais e hipotéticas do cotidiano da sua rotina de trabalho, podendo orientar os usuários diante de tais circunstâncias.

O treinamento dos ACS pode propiciar uma relação de confiança entre todos os envolvidos e pode ser fundamental para a conscientização e garantia de uso racional de medicamentos[16]. Observou-se que, quando o farmacêutico residente estava inserido no território, as visitas domiciliares foram facilitadas, e os atendimentos às famílias foram realizados de forma compartilhada, em domicílio.

Um estudo realizado por Fegadolli e col.[17], em São Paulo, SP, 2015, sobre a integração do farmacêutico às equipes de cuidado em saúde mental do SUS, destacou a visita domiciliar como umas das práticas realizadas pelo farmacêutico com ênfase no apoio à farmacoterapia.

Vale ressaltar, a falta de conhecimento em relação aos transtornos mentais observadas pelas farmacêuticas residentes em algumas situações de visita domiciliar gera à família a sensação de fracasso e dúvidas relacionadas ao tratamento, ao sofrimento, à busca de explicações em relação ao diagnóstico, à busca por uma cura, entre outras demandas[18]. Por isso a importância das visitas, assim o farmacêutico, os ACS e o psicólogo, pontuaram questões relacionadas ao transtorno, a especificidade e a singularidade de cada caso.

"Nas visitas domiciliares realizadas por demandas do serviço (CAPS) eu, como farmacêutica, pude investigar muito pouco a condição clínica do usuário. Entretanto, nos momentos que tive essa oportunidade procurava entender como o usuário se encontrava em casa, como ele se organizava, como ele administrava os medicamentos, onde ele os armazenava, como ele guarda as receitas e sobre as orientações realizadas pela farmacêutica que dispensou os medicamentos. Observando, também, se o paciente tem o suporte da família ou se ele tem a capacidade de administrá-los sozinho. Todas as visitas realizadas foram em equipe multiprofissional ou compartilhada com outra categoria, enriquecendo assim a investigação." (Farmacêutica Residente A).

Carvalho[19], realizou um estudo em Porto, Portugal, 2012, cujas algumas intervenções em saúde mental com a família foram orientar sobre vigilância das reações adversas, psicose, efeitos terapêuticos e dosagem de medicamentos. Essas também foram intervenções realizadas no território pesquisado, durante as visitas domiciliares.

"A família é uma rede de apoio essencial para o tratamento do familiar. Em muitos casos esse apoio não existe, o que dificulta o tratamento". (Farmacêutica Residente A).

Outra prática importante realizada no território foram as discussões de casos clínicos que abordavam medicamentos, com mais ênfase à adesão à farmacoterapia, uma vez que representava a maior problemática. Em discussão com a equipe, ponderou-se questões sobre como a família pode influenciar na melhoria clínica do usuário de saúde mental.

Tendo em vista os riscos de dependência física que esses medicamentos causam, aliado aos interesses na área de saúde mental, constatou-se o crescente consumo de benzodiazepínicos, o que requer uma nova postura do profissional farmacêutico ao exercer um trabalho comprometido e dedicado junto ao usuário, com informações direcionadas à ele e a família, pois é sabido que há carência de informações e cuidados assistenciais[8].

"Foi muito difícil trabalhar a adesão de usuários quando a própria família era resistente à quebra dos estigmas em saúde mental" (Farmacêutica Residente B).

Reflexão das experiências sobre práticas clínicas do farmacêutico em grupos nos CAPS

A Gestão Autônoma dos Medicamentos (GAM) é uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam. A GAM parte do reconhecimento de que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que importa aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento. [20]

Inicialmente, foram trabalhados os movimentos da reforma psiquiátrica, o que a gestão autônoma do medicamento propõe e seus princípios básicos: autonomia, cogestão e contratação do grupo. O grupo teve participação de outras categorias profissionais para sua condução.

As temáticas foram abordadas proporcionando acolhimento ao grupo e esclarecendo questões em relação ao tratamento dos usuários, contribuindo, assim, para uma melhor adesão. Segundo Campos[20], os moderadores do grupo têm um papel importante no acolhimento, abraçando as experiências mais diversas, por mais difíceis, diferentes e intensas que sejam. Neste sentido, é preciso criar um ambiente de confiança e de abertura que possa ajudar cada participante a se sentir à vontade para negociar o seu tratamento, tornando-o mais afinado à sua própria situação de vida.

"Os farmacêuticos e profissionais de outras categorias comandaram o grupo GAM de maneira complementar, trabalhando a interdisciplinaridade. Houve interação entre os usuários e moderadores. Houve também bastante interesse dos usuários nos objetivos do grupo" (Farmacêutico residente B, Moderador).

"Foi muito vantajoso compartilhar a condução do grupo com outros profissionais, pois contribuímos com olhares diferenciados em relação ao mesmo assunto, oferecendo maior conteúdo aos usuários do grupo e melhor construção dos assuntos abordados, e ainda pude compreender como os usuários se dedicam a aprender e construir seus próprios pensamentos" (Farmacêutica Residente A, Moderador).

"Em outro momento, o grupo estava prestes a começar e os usuários começavam a entrar na sala de atividades, uns convidavam os outros para participar do grupo, que era grupo aberto" (Farmacêutica Residente B, Moderador).

Cardoso e col.[21], em um estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, entre 2007 e 2008, evidenciaram que em relação ao conhecimento sobre o tratamento psicofarmacológico prescrito, a maioria dos participantes não conhecia totalmente o nome e a prescrição de todos os medicamentos.

Durante uma dinâmica realizada por meio de estratégias de educação em saúde, identificou-se que aproximadamente 75% dos participantes do grupo GAM, não sabiam quais medicamentos usavam, bem como a sua finalidade.

Tais dados reforçam a importância de o farmacêutico trabalhar o conhecimento e a compreensão do tratamento pelo usuário, com o objetivo de propiciar a adesão ao tratamento farmacoterapêutico.

No grupo, também foi trabalhado a conscientização da expressão "eu sou uma pessoa e não uma doença", sobre o conhecer as várias dimensões da vida, além da dependência ou da doença, estimulando reflexões que perpassam os problemas de saúde e conscientização sobre cada um possuir um contexto de vida. Amaro & Sass[22], afirmam que o que se pretende é entender a singularidade do indivíduo, para que a partir disso, se pense numa lógica individual, estendendo-a para o adoecimento psíquico e para a formação de cada doença ao modo de cada ser humano.

Também promoveu-se o acesso à carta dos usuários dos direitos à saúde e à Lei da Reforma Psiquiátrica, explicações sobre os fármacos psicoativos (dependência, tolerância e abstinência), mecanismo de ação, efeitos adversos, interações entre medicamentos, verificação do prazo de validade, diferença entre formas farmacêuticas, a importância das terapias complementares à farmacoterapia. E, também, danos causados pelas drogas de abuso, com a finalidade de estimular o protagonismo e a autonomia dos usuários.

Neste contexto, o farmacêutico é fundamental para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, esclarecendo dúvidas quanto aos medicamentos e condição de saúde dos usuários, viabilizando meios para adesão ao tratamento medicamentoso, bem como orientando quanto à necessidade e benefícios da medicação, além de promover o uso racional dos medicamentos[14.]

O GAM propiciou aos usuários ferramentas para que pudessem ressignificar a importância dos medicamentos na terapia prescrita, visto que possibilitou aos mesmos participar e discutir sobre a farmacoterapia e sobre o seu Plano Terapêutico com os profissionais da saúde.

PRÁTICAS FARMACÊUTICAS NO CAPS COM UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS

A**tendimento clínico farmacêutico com utilização de instrumentos sobre a farmacoterapia**

Em relação aos instrumentos utilizados nos atendimentos farmacêuticos, optou-se por um instrumento de adesão já utilizado em pesquisas em saúde mental[21], devido à inexistência de instrumentos no serviço.

O Teste de adesão de Morisky e col.[23] (Quadro 1), ainda que se trate de um questionário fechado, foi utilizado como disparador para identificação de fragilidades dos usuários que puderam ser trabalhadas e aprofundadas no plano de cuidado (Figura 1).

Quadro 1

Teste de adesão
Pergunta 1 : Você já se esqueceu de tomar seu medicamento? ( ) sim ( ) não
Pergunta 2: Mesmo lembrando você já deixou de tomar seu medicamento? ( ) sim ( ) não
Pergunta 3: Você alguma vez parou de tomar seu medicamento quando se sentiu bem? ( ) sim ( ) não
Pergunta 4: Você alguma vez parou de tomar seu medicamento quando não se sentiu bem? ( ) sim ( ) não

Fonte: Adaptado de Morisky DE, Green LW, Levine DM. 1986.

"Durante a aplicação do Teste de Adesão de Morisky, percebi que o questionário foi objetivo para identificar se o usuário tem perfil de adesão à farmacoterapia ou não, sem necessitar de desgaste em questionamentos prolongados para tal identificação". (Farmacêutica Residente B).

Cardoso e col.[21] relataram sobre o baixo grau de adesão manifestado pela maioria dos pacientes em estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, entre 2007 e 2008, reforçando a importância do tema e a necessidade da abordagem profissional em relação a esse comportamento, a fim de melhorar a assistência oferecida nos serviços de saúde mental, sendo a adesão um importante aspecto na manutenção do tratamento ao doente mental fora do regime de internação.

A escala de aderência pode ser utilizada inicialmente como uma ferramenta de diagnóstico de compreensão do comportamento, na qual os níveis de entendimento e de adesão ao tratamento são avaliados. Quando problemas específicos são identificados, a educação adequada do paciente pode ser implementada. Tais abordagens incluem a correção de crenças (por exemplo, se alguém descontinuar o tratamento se estiver se sentindo melhor); adaptar o regime à programação diária do paciente para tratar do esquecimento (por exemplo, vincular o uso do medicamento a escovar os dentes ou fazer refeições); ou envolver outros membros da família para apoio e reforço a longo prazo[23].

Um usuário justificou que sua vulnerabilidade social é agravante em sua não adesão à farmacoterapia. Aqueles que vivem em situação de rua perdem seus medicamentos ou não os armazenam de forma adequada. Outro, está sujeito a sofrer com as interações dos medicamentos com drogas de abuso, o que o leva a preferir o uso da droga ao medicamento". (Farmacêutico residente B)

Outro instrumento utilizado foi o plano de cuidado (Figura 1), que tem como um dos objetivos nortear o desenvolvimento de práticas clínicas do farmacêutico voltada à saúde mental e favorecer a utilização de instrumentos de pesquisas que contribua à integração do farmacêutico com a equipe.

Figura 1

Plano de cuidado farmacêutico para adesão à farmacoterapia

Inicial – Usuário encaminhado por outro profissional da equipe multiprofissional. *Discussão de caso com o farmacêutico* sobre a necessidade de um plano de cuidado para a adesão à farmacoterapia.

Etapa 1 **-** *Inicial*: Caso seja identificado, pelo farmacêutico residente, através da utilização do instrumento Teste de Adesão (Quadro 1), análise do histórico do usuário e mediante queixas do usuário de que o uso do (s) medicamento (s) está (ão) oferecendo maior risco que benefício ao usuário, ou que o mesmo apresente problemas consideráveis relacionados ao medicamentos, realizar a *discussão do caso com o médico* e se necessário encaminhá-lo para consulta com médico psiquiatra para reavaliação de sua farmacoterapia. Em caso de não haver necessidade de consulta médica, seguir para a etapa 2.

Etapa 2**:** farmacoterapia e autonomia
Relacionar os horários de tomada dos medicamentos, contidos na prescrição, ao contexto de vida do usuário, considerando a *singularidade de cada indivíduo* buscando maior adesão a farmacoterapia e maior *autonomia do usuário* quanto ao seu tratamento. Considerar casos em que o usuário trata paralelamente outras patologias. E encaminhar o usuário ao grupo GAM. Caso não houver adesão, seguir para etapa 3.

Etapa 3 :Participação da família como suporte na adesão a farmacoterapia:
Entrar em contato com a família do usuário a fim de conscientizar a importância da mesma como *corresponsável* no tratamento. Se necessária realizar visita domiciliar compartilhada com outro profissional de saúde para melhor conhecer o contexto do usuário. Caso não seja possível a pactuação com os familiares ou caso o usuário esteja em condições de vulnerabilidade (sem suporte social e familiar), seguir para etapa 4.

Etapa 4: Discussão de caso em equipe
Discussão do caso com a equipe multiprofissional e devidos encaminhamentos.

Fonte: Autoria própria, março, 2019 .

"*Percebeu-se na utilização do plano, a importância para nortear as práticas e como sugestão de estratégias para melhor adesão do usuário ao tratamento. O próprio instrumento de adesão (Morisky) foi utilizado dentro do plano de cuidado farmacêutico, sendo que os dois instrumentos utilizados de forma conjunta foram muito importantes para tornar o atendimento mais orientado e objetivo".* (Farmacêutica Residente B).

Além dos benefícios já citados, o plano de cuidado teve importância tais como, adaptar a intervenção ao processo de vida do usuário, envolver a família no processo para facilitar a adesão e para selecionar usuários para encaminhamento ao grupo GAM. Aqueles que eram identificados com dificuldades de adesão à farmacoterapia foram encaminhados para o grupo. Pois, a ideia do plano de cuidado para adesão a farmacoterapia, foi construir com o usuário sua autonomia em relação ao seu tratamento medicamentoso, já estabelecido em consulta médica, considerando seu contexto de vida.

A vulnerabilidade social e vínculos familiares fragilizados são questões que o plano de cuidado farmacoterapêutico desenvolve estratégias para melhor resolução, o que facilita o processo de cuidado à medida que norteia as ações voltadas ao contexto de vida de usuário, respeitando a singularidade de cada indivíduo. Rossi[24] aponta que usuários de crack em situação de rua estão expostos a maiores riscos à saúde e à maior vulnerabilidade social, relatando a não adesão aos procedimentos e ao tratamento para dependência química, nos serviços ofertados na rede de saúde.

A elaboração do plano de cuidado farmacêutico, deve estar inserida no Plano Terapêutico Singular (PTS) incluindo a discussão de caso clínico com a equipe e atendimento com a família, levando em consideração os vários aspectos de vida de cada usuário que

poderiam impedir o êxito do tratamento, visando uma maior resolutividade dos casos, fortalecimento da autonomia do usuário e vínculo do mesmo com o serviço.

Práticas clínicas no contexto da Reforma Psiquiátrica

As farmacêuticas residentes, ao responder o questionário da pesquisa, disseram que conseguiram realizar a prática clínica, no Contexto da Reforma Psiquiátrica, e relataram suas dificuldades em sua execução, especialmente no início da residência.

"Acredito que a falta de RH foi o que me prejudicou na execução de práticas clínicas, uma vez que possuímos um número elevado de usuários e o serviço está sobrecarregado, dificultando as práticas de algumas atividades, no contexto da Reforma Psiquiátrica..." (Farmacêutica Residente A)

"Fui engolida pelo processo de trabalho e desafiada pela proposta da residência, de estar junto à equipe multiprofissional e realizar atendimento em saúde mental nos CAPS. E mesmo diante de todos esses desafios, acredito ter conseguido realizar práticas clínicas, no contexto da Reforma Psiquiátrica". (Farmacêutica Residente B)

Com relação as facilidades na execução das práticas clínicas, estas ocorreram à medida que os participantes começaram a aprimorá-las, juntamente com o acolhimento e reconhecimento da categoria pela equipe nos CAPS e território.

As ações realizadas consideradas como práticas clínicas estão pautadas na resolução nº 585 de 2013 do CFF[5], que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

CONCLUSÃO

O farmacêutico atuou na perspectivada de um modelo de saúde humanizado, nos moldes da Reforma Psiquiátrica, do cuidado integral, visando entre outros resultados, a reinserção social, o protagonismo e a autonomia do usuário em relação ao seu tratamento.

Essa experiência de realização e de construção de práticas em serviço representou o reconhecimento proveniente dos profissionais em relação às atribuições clínicas do farmacêutico, bem como dos usuários que puderam interagir com esse profissional de maneira dinâmica e produtiva, junto à equipe multiprofissional nos CAPS e nos territórios.

Além disso, a realização de tais práticas contribuíram ao fortalecimento das atribuições clínicas do farmacêutico no âmbito da saúde mental, para uma melhor resolutividade dos casos clínicos em equipe, aumento da compreensão e da adesão dos usuários quanto a farmacoterapia, redução de danos, construção de estratégias de cuidado, promoção de protagonismo e autonomia do usuário no seu tratamento e como base para que novos profissionais venham aprimorar tais práticas.

As vagas para a categoria farmacêutica em Programas de Residências Multiprofissional em Saúde Mental continuam sendo necessárias para que se abra caminhos para a construção e aprimoramento das práticas clínicas farmacêuticas nesse contexto e se reconheça a necessidade do profissional farmacêutico nos CAPS, junto à equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. . Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ISBN 85-334-0775-0. Catalogação na fonte – Editora MS, 2004.
2. Brasília MS. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília - DF, 2004.
3. Brasil MS. Portaria n 3008 de 23 Dez. 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). Brasília, 2011; 3008.
4. Brasil MS. Portaria n 336, de 19 Fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para as Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial Da União 2002.
5. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n 585 de 29 de Agosto de 2013. 2013. p.1-11
6. Zanella CG. et al. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2015; 2:325-332.
7. Nascimento et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. Rev Bras Enferm. 2018; 1:244
8. Correia GAR, Gondim APS. Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental. RELATO DE EXPERIÊNCIA. Saúde debate, Apr-Jun 2014; 101.
9. Alencar TOS, Cavalcante EAB, Alencar BR. Assistência Farmacêutica e Saúde Mental no SUS. Ver. Ciênc. Farm. Básica Apl., 2012; 4:489-495.
10. Honda k, Chirelli MQ. Residência Multiprofissional em Saúde: formação como metodologias ativas de ensino aprendizagem. Indagatio Didactica , 2015, 3: 59
11. SOUSA IF, BASTOS PRHO. Interdisciplinaridade e formação na área de farmácia. Trab. educ. saúde. 2016; 1:97-117.
12. Pinho ES, Souza, ACS. Esperidão E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 2018; 1:141-151.
13. Silva SN, Lima MG. Ciência & Saúde ColetivaAssistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial, 2017; 6:2025-2036.
14. Santos, AM, Felipe RL. Atuação do farmacêutico na saúde mental após a reforma psiquiátrica: uma revisão da literatura. Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental. . Orientador: Farm.º Me Rodrigo Lopes de Felipe. Uberlândia – MG 2018.
15. Souza, ACS., Ribeiro, M.C. Interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, 2013; 1: 91-98.
16. Nunes CC, Amador TA, Heineck I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, . Brasil 2012; 1: 85-94.
17. Fegadolli, *et eal*. Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo. Interface. Comunicação Saúde Educação. 2016; 59: 1093-8.

18. Pereira SS; Cézar JGS, Reisdorfer E, Cardoso L. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. Saúde Transform. Soc. vol.5 no.1 Florianopolis 2014; 1:91-95.

19. Carvalho JC. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Centradas no Processo Familiar da Pessoa com Esquizofrenia. Ver. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. n.8 . Porto Dez. 2012.
20. Campos RTO; Passos E, Palombin A et AL. Gestão Autônoma da Medicação –Guia de Apoio a Moderadores.. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS 2014; p. 3-41.
21. Cardoso L et al. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica internação psiquiátrica. Artigo Original. Rev. Latino-Am. Enfermagem telas set.-out. 2011; 5:9.
22. Amaro FLT, Sass SDM. Estudo sobre a singularidade do adoecimento psíquico, 2013; 1: 7.
23. Morisky DE. Greem, LW, Levine, DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. MEDICAL CARE January 1986, v. 24, n. 1:72 .
24. Rossi, CCS. Percepções de usuários de crack em situação de rua sobre o tratamento para a dependência química. 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2015.

Cadernos de Saúde Pública:

Link da Revista: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores

O processo de trabalho e a formação profissional do/a[1] assistente social residente em saúde mental

The work process and professional training of the social worker resident in mental health

Andréia Andrade Alves[2]
Rosemeire dos Santos[3]

Resumo: A discussão que se segue teve como objetivo central analisar e refletir sobre o processo de trabalho e formação profissional em Serviço Social dos/as residentes do programa de saúde mental do município de Palmas -TO. Para a realização do debate utilizou-se a entrevista semi-estruturada com assistentes sociais do referido programa, o estudo ainda articulou referências bibliográficas como base para aprofundamento das reflexões, assim como fomentar a construção de estratégias que visem a superação dos desafios existentes. Nesses termos foram explorados os aspectos positivos e negativos que permeiam a realidade desta modalidade de pós-graduação e como eles fundamentam a prática do/a profissional nos espaços ocupacionais que atuam.
Palavras-Chave: Prática Profissional. Ensino em Serviço. Residência Multiprofissional em Saúde.

Abstract: The following discussion had the central objective of analyzing and reflecting on the process of work and professional training in Social Work of the residents of the mental health program in the municipality of Palmas -TO. To conduct the debate, a semi-structured interview with social workers from that program was used, the study also articulated bibliographic references as a basis for deepening reflections, as well as promoting the construction of strategies aimed at overcoming the existing challenges. In these terms, the positive and negative aspects that permeate the reality of this modality of graduate

---

[1] É adotada a linguagem de gênero neste estudo, de acordo com a resolução nº 594/2011 do CFESS, como uma estratégia de desconstrução do machismo nas produções gramaticais. Ver mais em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Res594.pdf>.

[2] Autora: Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Tocantins (2017). Especializanda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde- Saúde Mental CEULP/ULBRA.

[3] Orientadora: Doutora em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP (2016), Mestre também pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP (2010) e graduada em Serviço Social pela Universidade de Taubaté (2005), Professora Adjunta I da Fundação Universidade Federal do Tocantins - UFT (2015). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Proteção Social e Famílias - GEPPSFAM; Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Seguridade e Assistência Social - NEPSAS da PUC-SP e compõe a Rede de Pesquisa Família e Política Social - REFAPS, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

studies were explored and how they base the practice of the professional in the occupational spaces they work.
Keywords: Professional Practice. In-Service Teaching. Multiprofessional Residency in Health.

Introdução

Como forma de enfrentamento às expressões da questão social[4] institucionaliza-se a profissão de Serviço Social, com o objetivo de intervir na realidade dos/as sujeitos/as fazendo apreensão crítica de como se gestam as relações sociais, as políticas públicas, os aspectos econômicos e políticos na sociedade capitalista. Portanto, refletir e fomentar a discussão sobre a formação da/o Assistente Social tem sido prática constante e necessária na contemporaneidade, na medida em que a/o profissional adentrou outros espaços sócio ocupacionais. Deste modo, a formação da/o profissional tem em sua base o compromisso com o Projeto Ético Político Profissional de Serviço Social (PEPPSS) subsidiado por teorias, resoluções, leis e diretrizes que norteiam a atuação profissional, delineando um perfil centrado na liberdade e emancipação do ser humano.

Partindo do pressuposto de que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é um espaço de atuação e formação profissional instituído pela Lei Federal nº 11.129/0543 no Art.13, definindo-a "[...] como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica." (CFESS, 2017, p. 21). A/o Assistente Social como uma/um profissional de saúde compõe o quadro de pós-graduandas/os das residências multiprofissionais em saúde, tornando esse espaço em cenário de prática bem como de formação profissional, portanto, torna-se essencial compreender o processo de ensino, aprendizagem e formação nos Programas de Residência em Saúde, mais especificamente em Palmas – TO, no Programa de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho (Edital SISE-SUS nº 001/2014)[5] evidenciando as/os profissionais do Programa de Saúde Mental inseridos nos: Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Consultório na Rua (CNR) serviços que também compõem junto a outros dispositivos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do referido município.

O texto ora apresentado propõe reflexões e análises sobre o processo de trabalho e a formação profissional da/o assistente social residente em saúde mental inseridos/as nesses espaços ocupacionais acima citados, tais propostas de reflexões aqui exibidas partem da realidade do Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde do Centro Universitário Luterano de Palmas e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (CELP/ULBRA-FESP).

Diante desse contexto, considera-se pertinente um estudo acerca deste processo que apresenta cotidianamente dificuldades por parte dos/as profissionais. Daí a necessidade de buscar respostas e indagações dos porquês esse momento que

---

[4] "Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade." (IAMAMOTO, 2009, p. 27).

[5] EDITAL SISE-SUS nº 001/2014 Programa Integrado de Residências em Saúde Residências Multiprofissionais e de área de atuação em saúde programa municipal de bolsas de estudo e pesquisa para a educação pelo trabalho – lei municipal nº 2010/213

deveria ser prazeroso, transformador, momento em que o/a residente tem a possibilidade de materializar a teoria estudada, crescer profissionalmente, ter uma formação de qualidade, acaba como um espaço de desgaste emocional, crise de identidade profissional e constantes frustrações.

As inquietações que levaram a construção deste estudo surgiram das experiências da pesquisadora que também como residente vivenciou o processo, portanto, ao ouvir sobre os desafios e queixas constantes dos/as colegas, despertou interesse em compreender esse momento, e através de leituras, reflexões, e depoimentos dos/as próprios/as residentes, para então entender as interfaces que permeiam essa trama que acaba por evidenciar a separação da teoria da prática, quando sabemos que não deve haver esse afastamento.

A partir das inquietações surgidas durante a atuação prática nos espaços ocupacionais dessa modalidade de ensino, e constantes reflexões com os/as demais colegas de profissão, fomentadas pelos espaços de discussão da categoria, eis que veio a oportunidade de fazer um Trabalho de Conclusão Residência (TCR), e assim, dar início a pesquisa de campo que resultou neste trabalho para a finalização da pós graduação e obtenção do título de especialista em Saúde Mental. Na procura por compreender essa realidade, e entende-la como parte de um total, buscou-se através do contato com os/as próprios/as residentes analisar e refletir a cerca de suas próprias vivências. Algumas discussões que salientam uma das potência da residência que é o constante estímulo entre as dimensões investigativa e interventiva através da pesquisa, “Dessa maneira, tutores e preceptores, por meio do estímulo aos residentes para a pesquisa científica, podem contribuir para a construção de um conhecimento crítico da relação entre Serviço Social e saúde,” (SILVA; CASTRO, 2020, p.141)

Todavia, antes de adentrarmos as discussões e análises que foram realizadas a partir do método dialético-crítico onde segundo Netto (2011, p.17): “[...] o método de Marx não resulta de descobertas abruptas ou de intuições geniais – ao contrário, resulta de uma demorada investigação”, ou ainda trazendo para o campo de abordagem, parafraseando com Vasconcelos (2017, p.32) “Isso se dá particularmente no sentido de valorizar o marxismo e suas complexas construções teórico-conceituais para a investigação da constituição histórica da psiquiatria e do campo da saúde mental”, torna-se necessária uma introdução sobre as categorias exploratórias, que nortearam o desenvolver da pesquisa, que são: Formação Profissional, Assistente Social na Saúde Mental e Processo de Trabalho.

Compreendendo a Formação Profissional como proposta adotada pela profissão com direcionamento do projeto profissional, que busca a ruptura com posicionamentos tradicionais e conservadores, tendo assim uma nova configuração profissional, com o compromisso de sua formação e atuação em defesa do trabalhador, “O que supõe uma formação profissional que imprima um perfil crítico, fundado em rigorosa capacidade teórica, ético-política e técnico-prática voltada ao conhecimento e transformação da realidade.” (KOIKE, 2009, p.13). Neste sentido, foi sancionada a Lei de Regulamentação da Profissão (8662/93), “definindo competências e atribuições privativas do assistente social que representam tanto ‘uma defesa da profissão na sociedade’ como ‘um guia para a formação acadêmico-profissional’.” (IAMAMOTO, 2002, p. 22 apud KOIKE, 2009, p.13).

A pesquisa é uma condição no que se refere a formação profissional, isso quer dizer que o Serviço Social em sua condição acadêmico-política está preocupado na formação de profissionais que sejam aptos a fazer pesquisas que subsidiem suas próprias ações, bem como a formulação de políticas (MORAES, 2013, p.241). É perceptível que mesmo primando pela importância da pesquisa, ainda existem

desafios a enfrentar, tanto na academia quanto no agir profissional. (Ibidem, 242). E o processo da pesquisa é presente na formação do residente, tanto que o produto de finalização da especialização é o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Discutir sobre formação profissional segundo Iamamoto (2009, p.169) requer fazer um resgate histórico, e considerar as particularidades atuais da profissão, é refletir sobre as temáticas que surgem, sobre as pesquisas que são realizadas ou não, é também se apropriar de construções teóricas, é se informar, se atualizar.

No que refere ao campo da Saúde Mental, a/o profissional do Serviço Social tem como direção para sua atuação o PEPP contribuindo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, assim, trabalhando nas questões de ordem sociais, de geração de renda, familiares, controle social, garantia dos direitos e culturais das/os usuárias/os e suas famílias percebendo os impactos dessas questões na subjetividade desses sujeitos. Segundo Vasconcelos (2017, p.32) o serviço social tem muito a acrescentar no debate da saúde mental, e isso se dá pelo direcionamento da profissão pois consegue fazer "[...] análise da conjuntura econômica e política mais ampla, que incide e tem profundas consequências no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica principalmente no atual contexto neoliberal […]" (Ibidem, 2017, p.32). Portanto, as/os profissionais Assistentes Sociais na Política de Saúde "[...] atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional" (CFESS, 2010, p.41)

No âmbito da Saúde Mental, este trabalho fora direcionado para a análise da atuação do/a residente na RAPS, Coutinho e Santos (2016, p.96) trazem observações acerca dos objetivos da/o Assistente Social nos espaços ocupacionais de Saúde Mental, assim destacam que nesses dispositivos a/o usuária/o deve ser compreendida/o na sua totalidade, partindo da sua realidade social, identificando as manifestações da questão social na vida do sujeito, direcionando a sua atuação em intervenções que visem o fortalecimento do vínculo familiar, o resgate da cidadania, a reinserção social e o reconhecimento dos fatores de proteção, assim como a identificação dos direitos desses sujeitos.

Sobre o desenvolvimento da atuação profissional enquanto residente de Serviço Social em Saúde mental, está a construção da relação profissional Técnico de Referência (TR), usuário e família. "É necessário apontar que o vínculo entre esses atores é fundamental, uma vez que contribui para um acompanhamento efetivo e humanizado." (RONSANI, 2018, p.09). Um profissional TR é o responsável em lidar com demandas do usuário de uma determinada área, além disso, outras atividades desenvolvidas pelo/a profissional residente provoca equívocos tanto na equipe multidisciplinar quanto no/a profissional assistente social, fazendo necessário "[...] Trazer para o debate não apenas as atribuições privativas, mas as competências profissionais, [...] aquilo que potencialmente podemos/devemos desenvolver no trabalho profissional" (MATOS, 2015, p. 681).

Quanto ao Processo de Trabalho do/a profissional na Política de Saúde Mental, Silva (2007, p.46-47) destaca que a/o Assistente Social é responsável por estabelecer vínculos, fortalecimento das redes de apoio, e ampliando acesso aos direitos das/os usuários da política. Para que isso ocorra, é necessário transformar a/o sujeito como autor/a do seu processo, e que o indivíduo reconheça sua autonomia. Portanto, "[...] o fazer profissional do Assistente Social supõe uma ação reflexiva e dialógica envolvendo os diversos atores e cenários presentes no contexto social. (Ibidem, 2007, p.47)." Assim, existem muitos desafios tanto intra como intersetorial "[...] em relação a intersetorialidade nas instituições, visam buscar estratégias, em

combinação e aplicação das políticas sociais públicas, viabilizando o acesso às redes institucionais para os usuários que delas precisarem". (APPEL, 2017, p.07)

Resultados e Discussões

Com a intenção de compreender o assunto e as nuances que envolve o Processo de Trabalho e a Formação Profissional, foi utilizada a pesquisa qualitativa representada através do roteiro de entrevista aplicado de maneira remota[6] aos/as Residentes Assistentes Sociais de Saúde Mental alocados nos CAPS's, NASF e Consultório na Rua. Deste modo foram 3 (três) profissionais em estudo, R1/R2 (residentes do primeiro ano e segundo ano da residência). Assim, uma (R1) estava no CAPS II, outra (R1) estava no CAPS AD III, e a última (R2) estava no CAPS II, NASF e Consultório na Rua (concomitantemente) segundo a proposta do programa, que oferta a flexibilidade de trabalhar com o/a mesmo/a usuário/a transitando pelos pontos da RAPS junto com ele/ela.

A atuação desses/as residentes compreende a RAPS do município mais especificamente o CAPS II que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; o CAPS AD III que atende adultos ou crianças e adolescentes - considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente – com transtornos decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas, com serviço de Acolhimento em funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; o NASF que compõem as equipes da Atenção Básica, atuando diretamente com o Apoio Matricial[7] e cuidado compartilhado incluindo suporte e manejo de situações decorrentes de transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e outras drogas; e o Consultório na Rua que é composto por equipe multiprofissional que tem funcionamento itinerante, através de ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, ofertando também cuidados em saúde mental. Este é, portanto, o campo onde esses/as profissionais estão se especializando através da prática e formação profissional.

A entrevista[8] foi o procedimento utilizado para coletar os dados, momento em que a pesquisadora pode conversar em caráter virtual com os/as sujeitos/as em análise. A mesma se deu com a intenção de obter respostas mais específicas, a fim de encontrar detalhes que por ventura passariam despercebidos caso escolhesse outro procedimento. Para tal, foi necessária a elaboração de um roteiro de entrevista com tipo semi-estruturada e subdivida em blocos dos quais comtemplaram os objetivos que foram propostos inicialmente, dentre eles: Identificar como a abordagem de trabalho multiprofissional influencia na prática profissional da/o Assistente Social; Analisar como a/o profissional faz a relação Teoria X Prática a partir da sua vivência

---

[6] Devido a pandemia do COVID-19, as entrevistas foram realizadas e gravadas através da plataforma Google Meet por meio de vídeo conferência, necessidade colocada durante o processo de pesquisa, pois a primeira versão do projeto apresentado ao comitê de ética previa entrevistas presenciais, todavia, com a pandemia a coleta de dados foi reformulada e aprovada pelo comitê.

[7] O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

[8] Foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos/as sujeitos entrevistados. Os nomes escolhidos em homenagem a assistentes sociais referências na discussão em saúde foram: CASTRO; VASCONCELOS BRAVO;

no serviço; Apresentar a contribuição na formação profissional da/o Assistente Social no processo de residência multiprofissional em Saúde Mental.

Ao serem questionadas sobre a compreensão do que entendem por residência multiprofissional, uma das entrevistas respondeu: “Entendo que é uma área de especialização de profissionais” (CASTRO,2020), na mesma linha de raciocínio, a (BRAVO, 2020) replicou que se trata de uma: “Formação com outros profissionais, atuar com outras categorias”, e por conseguinte, a outra entrevistada acentuou “[...] que é uma prática mesmo do serviço do assistente social, é realizar na prática aquilo que de alguma forma aprendi na teoria na faculdade [...] sempre quis fazer a residência pra que eu tivesse experiência na área” (VASCONCELOS, 2020). A partir das falas, é possível identificar que os/as profissionais compreendem a residência multiprofissional como uma modalidade de ensino e formação com outras categorias a partir da atuação nos cenários de prática. Portanto, residência multiprofissional na compreensão de Silva e Castro (p.77, 2020) “[...] entendida não como trabalho precarizado, pode ser uma estratégia de formação que caminha no sentido do SUS, entre outras questões, por seu caráter multiprofissional e pela possibilidade de ação interdisciplinar.” Ainda apontam que: “[...] os programas de residência são cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.” (Ibidem, p.72, 2020) Assim, a residência ainda cumpre um papel – na maioria das vezes - de primeira experiência de trabalho desses/as profissionais de saúde.

No que tange a formação profissional, e em que a residência acrescenta e/ou acrescentou para a experiência na categoria, as entrevistadas trouxeram que:

> “[...] é minha primeira experiência profissional e se eu falar que não está acontecendo nada é a meio que controverso, está acrescentando tudo, tudo o que eu sei hoje, o que eu consigo fazer e desempenhar enquanto profissional eu aprendi na residência. Sei que tem um campo imenso aí fora que não se resume a isso que a residência apresenta pra gente, mas o que eu sei hoje é o que estou vendo na residência, então ela acrescentou muito na minha vida profissional. (BRAVO, 2020).

Outra entrevistada acrescenta:

> “[...] esse aprendizado que é super rico, seria como se fosse uma educação permanente em saúde, tanto para os residentes, também para os próprios profissionais que são efetivos, porque os conhecimentos, eles se agregam, então o meu conhecimento vai se agregar a de um efetivo, e vice versa. (CASTRO, 2020)

Entende-se que a RMS é um meio condutor de formação para profissionais no âmbito do SUS, portanto é um/a pós-graduando/a que se forma a partir do prática, é um/a trabalhador/a sujeito/a as condições objetivas e subjetivas da relação trabalho X formação, um/a partícipe do processo de saúde-doença que envolve os/as sujeitos/as que utilizam a política. (SILVA; CASTRO, p.157, 2020) E como ator/atriz dessa trama, aprende e compartilha saberes, evolui e se capacita para intervir na realidade dos/as usuários/as da RAPS visto que está ali pra se tornar um especialista em Saúde Mental, o que potencializa as dificuldades da formação como se refere a entrevistada sobre um dos desafios encontrados: “[...] entender o que é todo esse sentido desse peso de ser especialista em saúde mental, o quê que eu preciso saber no final da formação. (VASCONCELOS,2020). Com a Reforma Psiquiátrica, assim como o conceito ampliado de saúde, houve uma expansão dos espaços ocupacionais para os/as profissionais de saúde, dentre eles/as o assistente social, que adentra esse cenário de saúde mental para se qualificar, se apropriar e construir a prática

profissional diante do contexto do trabalho, das fronteiras profissionais em um cenário multiprofissional, diante da realidade que visa a intervenção de uma categoria que consiga ter leitura crítica das manifestações da questão social e que entenda sobre a correlação de força entre espaços institucionais e as necessidades dos/as usuários/as. (ROSA, 2016, p. 26-27).

A partir da proposta de ensino em serviço da RMS, os/as assistentes sociais residentes adentram os cenários da RAPS para se tornarem especialistas em saúde mental através da intervenção da prática nos espaços em que juntos a outros/as profissionais integram equipes multi para atender as necessidades do/a sujeito/a na integralidade do cuidado. Assim, o cotidiano torna-se um espaço de descobertas, de aprendizagem, de conflito com a própria profissão, de desafios travados com os/as próprios/as colegas de equipe, com as coordenações dos serviços, ou até mesmo com os/as gestores da política, uma vez que, "[...] os assistentes sociais têm participado ativamente das iniciativas e projetos de trabalho de atenção psicossocial, bem como nas campanhas e lutas antimanicomiais do país." (VASCONCELOS, 2016, p.44).

Compor equipes multiprofissionais, em uma pós-graduação em que, os/as residentes saem especialistas em saúde mental, geram crises de identidade profissional nos/as assistentes sociais, assim como aponta a entrevistada: "[...] já me aconteceu muitas vezes: será se o que eu estou falando eu não estou sendo psicóloga? Será se eu não estou entrando na outra profissão? Então assim, em quase todos atendimentos a gente se encontra nessa encruzilhada. (BRAVO, 2020); outro/a residente ainda descreve sobre atividades exercidas por ele/a que provocam dúvidas sobre o que é de especificidade da profissão, sobre o que seria suas atribuições: "Porque o que eu tenho feito lá é: marcar consulta, fazer acolhimento, acompanhar os usuários na sala de arte [...] quando eles estão pintando eles falam da vida, [...] não sei se essa escuta faz parte das atribuições do assistente social, mas eu faço muito isso. (VASCONCELOS, 2020). O serviço Social se afirma como profissão generalista possui identidades múltiplas que se localiza em contexto micro e macro dos contextos sociais, sua finalidade portanto é a justiça social que para alcança-la torna necessário atuar em diversos espaços de intervenções e dimensões, ter vários tipos de ações, assim, sua "[...] abordagem multidimensional é a única maneira de responder aos desafios que a sociedade atual coloca à profissão, em contextos de risco, de incerteza que aumentam a complexidade da vida social." (FAZENDA, 2017, p.215). Entretanto, quanto as atividades práticas do profissional residente na saúde, o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS é bem contundente sobre o que não é atribuição do assistente social na política de saúde, tais como:

> • marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; • solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; • identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; • pesagem e medição de crianças e gestantes; • convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; • comunicação de óbitos; • emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; • montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. Estão sendo aqui consideradas como não atribuições dos assistentes sociais aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais. (CFESS,

2010, p.46-47).

Contudo, a presença desse/a profissional na RAPS, o/a leva a exercer atribuições que não são privativas, mas que são de competência devido ao espaço ocupacional ao qual se insere, adquirindo e desenvolvendo experiências do campo (Saúde Mental) através da realização de atividades que são realizadas por todos da equipe, independente da área de formação. Assim temos o profissional técnico de referência (TR) profissional que estabelece acolhimento, corresponsabilização, vínculo, elabora e acompanha junto com o/a usuário/a e a equipe um plano de cuidado na unidade de saúde. (FERNANDES; RIBEIRO, 2016, p. 58-60). Outro instrumento utilizado pelo/a profissional TR é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em um plano individual para cada usuário/a de saúde mental, cuidado que perpassa os limites da instituição, avança além da interdisciplinaridade, aposta na longitudinalidade do cuidado, acessa a intersetorialidade, as potências do território em que o/a indivíduo/a se encontra, evidenciando que a promoção de saúde não se limita apenas na instituição, e tão pouco no profissional de saúde, mas que junto a outras políticas sociais, outros atores e o próprio protagonismo da/o usuária/o direciona-a/o ao acesso do cuidado em saúde, e as necessidades sociais emergentes.

Ainda sobre as atividades desenvolvidas pelos/as assistentes sociais residentes, uma das entrevistas assinala que: "[...] tem bastante demandas sociais, porque a gente vai trabalhar com pessoas que estão ali já totalmente desassistida das políticas, totalmente afastadas dessas políticas, as vezes não por vontade mas por desconhecimento mesmo delas (BRAVO, 2020). Por conseguinte, dentro dos serviços de saúde mental realizam de acordo com a entrevistada: "[...] a gente faz a escuta qualificada [...] avaliação social para benefício do passe-livre municipal, dar orientação ao usuário sobre benefícios [...]" (CASTRO, 2020). Ressalta-se que o trabalho deste/a residente não se limita a visitas, entrevistas, avaliações e encaminhamentos institucionais, nem tampouco a análise do benefício do transporte municipal (passe-livre) existente na cidade de palmas para pacientes que são admitidos nos CAPS, e que se enquadram nos critérios da Lei nº 1886, de 24 de maio de 2012, dentre essas atribuições ainda estão outras tarefas tais como Gomes e Silva (2017, p.198) frisam: "elaboração de relatórios sociais, [...] articulação entre os demais setores das políticas públicas, pareceres, execução de grupos terapêuticos, estando a par da socialização de qualquer benefício, participação nas reuniões de equipe, dentre outros."

Isto posto, ainda há outro grande desafio que assistentes socias se deparam no cotidiano de vários espaços ocupacionais, e na saúde mental isso é latente, que é a autonomia relativa, como é explanada na seguinte fala: "[...] falta um pouco de autonomia que o assistente social enfrenta no seu cotidiano, infelizmente a gente chega lá e já tem uma coisa que é imposta [...] As práticas institucionais, da gestão meio que impõem algumas coisas [...]" (CASTRO, 2020). De acordo com Silva e Castro (2020, p.154) a autonomia relativa dos/as profissionais de saúde na sociedade capitalista está posta pelos determinantes sócio-histórico, isto é, seja na condição de trabalhadores/as assalariados/as, seja pelas hierarquias nas instituições, ou até mesmo pelas condições materiais e objetivas, que aqui destaco a estrutura física dos ambientes, a falta de recursos humanos, a falta de insumos e materiais. Em outras palavras, essa autonomia relativa dos/as assistentes sociais implica em "[...] retirar dos ombros dos trabalhadores da saúde a responsabilidade individual de produção qualificada da atenção à saúde, inclusive no âmbito da formação."

Com base em uma das propostas de investigação desse estudo, buscou-se analisar como a/o profissional faz a relação Teoria X Prática a partir da sua vivência

nos serviços da RAPS dos quais compõe equipe, a partir de então obteve-se as seguintes respostas quando questionados/as sobre como eles/as enxergavam essa relação no cenário, segundo o/a entrevistado/a "[...] a gente ver isso os nossos instrumentais, consegui fazer as visitas domiciliares, os pareceres tudo isso consegui ver na prática e fazer na prática. (BRAVO, 2020). Seguindo essa análise de imprimir a teoria na prática, o/a entrevistado também sinalizou que: "[...] já vivi isso nas visitas domiciliares, já acompanhei algumas visitas aos usuários, consigo fazer essa ligação com a ferramenta de uso do assistente social. (VASCONCELOS, 2020). A residência por si só é um potente meio para estimular essa relação entre a teoria e prática, pois garante nos ambientes de trabalho e estudo esses espaços reflexivos sobre a atuação profissional, como destaca o/a profissional sobre como chega a conclusão de como faz essa relação: "[...] quando a gente entra nos cenários de prática encontra dificuldades, empecilhos, quando eu faço um parecer, quando eu faço uma orientação, consigo enxergar o indivíduo como um todo, as vezes quando eu consigo fazer entrevista, avaliação [...]" (CASTRO, 2020).

> É esse reconhecimento sobre a realidade que possibilita dar consistência à relação estabelecida entre assistente social-usuários-equipe de trabalho e permite a problematização de normas, rotinas e prescrições que burocratizam o trabalho profissional. Assim, a reflexão crítica sobre o trabalho profissional se torna exigência da relação teoria/prática. (SILVA; CASTRO, 2020, p.136)

É evidente que ao adentrar esses espaços, os/as residentes quando começam a se deparar com as dificuldades do cotidiano na prática profissional, se questionam sobre como agir em determinadas situações, perante a isso, buscam nas memórias, nos estudos, nas bases teóricas resoluções para tais problemáticas, como é mencionado pelo/a sujeito/a em análise: "[...] a gente tem que se preocupar em fazer diferente pra que não se distancie daquilo que a gente deve fazer, daquilo que devemos ser [...] tem que concretizar tudo aquilo que a gente sabe que precisa ser feito, que a gente aprendeu e da forma que deve ser feito. (BRAVO,2020). Além do mais, conforme aborda Andrade, Santos e Silva (2017, p.06) a configuração multi permite ter um constante movimento de análise da prática através das reuniões, discussões de casos, etc., ainda tem-se o momento de pesquisa, que leva o/a residente investigar e intervir a partir do estudo e produção do conhecimento, somado a isso, na residência tem seus próprios momentos de teorias, que são as preceptorias e tutorias que fazem parte do programa, ou seja, esses espaços também fazem parte da formação profissional dos assistentes sociais, e são ambientes que fortalecem a reflexão da prática de forma qualificada. Essa articulação entre teoria, prática e pesquisa fortalecem as ações e permitem uma aproximação com a realidade dos/as usuárias atendidos/as. Tal articulação é permitida pois são previstas pelo projeto pedagógico da proposta da residência como aponta a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, "orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões" (BRASIL, 2012, p.2). Todo esse movimento, conexão entre saberes e práticas, se aplica quando na fala do/a residente é expressado: a gente lembra: "Ah! É aquilo ali, é o que a gente estudou (CASTRO, 2020).

Ao serem questionados/as sobre o que mudariam no processo da residência, seja no quesito tutorias e preceptorias, formação ou cenário de prática, os/as participantes da pesquisa trouxeram as seguintes respostas explanadas na tabela a seguir:

Tabela 01: Exposição das sugestões e/ou mudanças na residência

MUDANÇAS E/OU SUGESTÕES			
Residentes	**Tutorias e Preceptorias**	**Formação**	**Cenários de Prática**
Bravo	"[...] eu mudaria alguma coisa, não sei... pra melhor é o que eu falei lá atrás que eu sinto falta que nosso movimento, com a nossa categoria enquanto profissionais de saúde mental, então eu mudaria nesse sentido aí também."	-	"[...] Eu incluiria o HGP[9], acho que ele seria um cenário pra gente muito rico pra nossa aprendizagem, os nossos pacientes de saúde mental vão parar no HGP e a gente não sabe o que acontece lá dentro, a gente não sabe qual é o processo deles lá dentro, o que eles vivenciam lá dentro"
Castro	"[...] eu acredito que se fizesse assim essas tutorias só de assistentes sociais os olhares iam ser diferentes, totalmente diferentes, a gente falaria das dificuldades que a gente tem"	"[...] eu não colocaria só metodologia ativa eu não sei se é porque a gente não foi acostumada a isso, então eu prefiro que tenha um professor pra te passar (os conteúdos), eu acho que aprendo muito mais com uma pessoa me passando do que (com metodologia ativa.)"	-
Vasconcelos	"Seria bom se tivesse um espaço pra categoria, mesmo se estiver as outras preceptorias, mas que tivesse essa específica para cada profissão, acho que ampliaria muito o conhecimento."	-	-

Fonte: Dados da entrevista realizada com os/as residentes assistentes sociais de saúde mental.2020

Analisando a tabela com as respostas, percebe-se que é unânime entre os/as entrevistados/as a questão em que se refere as tutorias e preceptorias, para eles/elas há um déficit de aprendizagem na parte específica da profissão por não haver um espaço só para a construção da categoria dentro do programa de saúde mental, como ressalta o/a entrevistado/a: "[...] eu sinto falta de ter um momento só nosso de categoria até mesmo para questão de orientações, se o que a gente está fazendo, o movimento que estamos fazendo no cenário está correto se está condizentes [...]" (BRAVO, 2020). De acordo com a fala do/a outro/a sujeito/a: "[...] sobre a formação específica de cada profissional poderia ser dentro da própria tutoria em serviço pra falar de cada profissão [...]" (VASCONCELOS). Compreende-se que a tutoria e preceptoria são importantes elementos nos momentos de formação durante a especialização. Quando essa supervisão está direcionada ao núcleo, deve prioritariamente ser realizada por uma/a assistente social, como orienta o conselho de classe: "[...] é fundamental a previsão de que o preceptor seja necessariamente da mesma área profissional do residente para que se garanta a supervisão das atribuições privativas de cada profissão." (CFESS, 2017, p.34).

[9] Hospital Geral de Palmas (HGP)

Porém, a realidade do programa de saúde mental da instituição a qual os/as sujeitas estão vinculadas não possui preceptor/tutor de cada área que compõe a equipe de residentes. Isso pode acontecer porque essas atividades de supervisão estão voltadas para o campo de conhecimento da área do programa (e aqui me limito ao campo da saúde mental), dessa forma tem "[...] atividades de supervisão que articulem núcleos de saberes e práticas, e integrem as profissões, podendo ser desenvolvidas por profissionais da área da saúde envolvidos na residência." (SILVA; CASTRO, 2020, p.127)

Outra sugestão de mudança no método formativo é a forma de ensino-aprendizagem da RMS que é a metodologia ativa, ferramenta que causa estranhamento entre os/as residentes independente de programa ou categoria. Pois tal processo não é o mesmo utilizado nas bases educacionais na maioria das unidades de ensino superior. Entretanto o projeto pedagógico da residência utiliza essa abordagem, pois:

> Ressaltamos aqui a importância da utilização no processo ensino-aprendizagem de metodologias inovadoras ou "ativas", como denominado na área da saúde. É imprescindível em um processo formativo que vincula diretamente formação e trabalho profissional a utilização de ferramentas que possam estimular o residente a desenvolver a reflexão, a responsabilidade e o compromisso com a formação desenvolvida. (Ibidem, 2020, p.139)

Esse tipo de metodologia é utilizada nos programas de residência no país, e para tal, aplicam alguns instrumentos, como estudo auto dirigido, aulas dialogadas, construção de portifólio, rodas de conversas, estudo de caso, visitas institucionais, entre outros. Todavia, a seguinte fala: "[...] lógico que é super válido essa metodologia ativa, porém, às vezes, você fica tipo: será se eu estou fazendo certo?!" representa muitos/as residentes.

Seguindo análise da tabela, outra proposição advinda do depoimento de um/a dos/as entrevistados/as é em relação ao cenário de prática. Como residentes de saúde mental, reitero que esses/as profissionais executam sua prática profissional nos pontos da RAPS do município, porém não em todos. Um dos pontos que não é utilizado como cenário de prática e que aparece como sugestão de campo por um/a dos/das profissionais é o Hospital Geral de Palmas (HGP), em que há uma Ala específica dentro da instituição para os casos de saúde mental, a ala de internação psiquiátrica ou "Ala Psiquiátrica". Alguns dos pacientes que transitam na RAPS acabam por vezes sendo encaminhados para lá devido ao fluxo de atendimento que depende do nível de atenção, e grau de complexidade de cada situação, de cada sujeito. No entanto, como não há a figura do/a residente de saúde mental neste espaço, a sensação de perda (da informação), ou da continuidade do cuidado fica a desejar, considerando que quando o/a paciente é encaminhado para lá, se perde muitos registros (evoluções) sobre aqueles/as usuários/as. Portanto, é válida a sugestão de adição desse cenário de prática no programa de saúde mental.

Considerações finais

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma potente esfera de qualificação para o/a Assistente Social, levando em consideração que forma profissionais - embasados nos princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade - para trabalhar no Sistema único de Saúde, para garantir a oferta de ações e serviços para a promoção, recuperação e proteção dos usuários dessa política, e ainda é vista como "[...] uma estratégia de educação permanente e de qualificação dos trabalhadores do SUS [...] (SILVA; CASTRO, 2020, p.103).

Sabe-se que apesar da proposta humanística e romantizada dessa modalidade de ensino, há que destacar os entraves e os desafios existentes, atentando para as críticas reflexivas que permeiam essa seara. São muitas as dificuldades travadas nesse espaço de 2 (dois) anos de especialização, em regime de dedicação exclusiva, dentre elas a carga horária excessiva de 60 (sessenta) horas semanais subdividida entre o currículo teórico: tutorias (campo e território), preceptorias (núcleo e serviço); e prático: (trabalho nos cenários) e intervenções na comunidade (saúde na comunidade-estágio na comunidade), realidade do programa de saúde mental de Palmas/TO. De acordo com os estudos de Closs (2010, p.47), essa extensa carga horária se configura em sobrecarga de atividades assistenciais, o que de alguma forma reduz os momentos teóricos impactando nos processos de reflexão entre teoria e prática, a partir disso, afeta diretamente os serviços prestados aos/as usuários/as. Ou seja, todo esse desgaste vai na contra mão ao programa da residência que é de formação política, pedagógica, produtiva e crítica, pois até participar de momentos de construção, de debates entre os/as próprios/as residentes, tutores/ preceptores e demais atores, esbarram na carga horária que não os permite participar desses encontros. Outro acometimento em detrimento da carga horária é o adoecimento dos/as residentes, somado ao acúmulo de responsabilidades, excessivas atividades que potencializam o adoecimento desses/as profissionais, porém dentre esses e outros aspectos o que causa mais desconforto e que é mais gritante que os demais desafios ainda é a carga horária. (OLIVEIRA, 2017, p.127 Apud CASTRO; DORNELAS; ZSCHABER, 2019, p.471).

Outro quesito que é necessário pontuar nesta discussão é a precarização do trabalho do/a residente, assim como aponta Silva e Castro (2020, p.95-97) que ao mesmo tempo que é um importante meio de formação, é um violento meio de exploração da força de trabalho. É indiscutível que a implementação do SUS trouxe um leque de possibilidades e estratégias na formação dos/as profissionais, todavia a figura do/a residente nos serviços acaba por estabelecer uma possível mão de obra barata e precária. Assim, essa formação pelo/para o trabalho acaba se reduzindo ao “aprender fazendo”, anulando a intenção primordial que molda os programas de residência multiprofissional em saúde.

Entretanto, há que destacar as competências e habilidades adquiridas e/ou aperfeiçoadas pelos/as assistentes sociais nesse processo de especialização que coaduna com o PEPP e com a luta antimanicomial, portanto, o/a residente enquanto profissional da saúde deve seguir orientações sugeridas pelo Conselho Federal, que são:

> • estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; • conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; • facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; • buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; • estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; • tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; • elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho

> desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; • efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p.30-31)

Discutir a formação dos/as residentes na atual conjuntura de correlação de forças exige dos/as pesquisadores/as da temática não somente conhecer e expor as circunstâncias, pois, a formação e o agir profissional do/a Assistente Social sempre foram motivos de estudos, intervenção e mudanças, haja vista que a profissão está intrinsecamente ligada ao praticismo que "[...] tende a rejeitar a produção teórica na profissão se esta não 'partir' da 'prática profissional'. [...] Chama-se a sua pesquisa de 'abstração' ou de 'conhecimento não orientado da ação'." (MONTAÑO, 2007, p.161), e as históricas raízes de filantropia e caridade. Neste sentido, o processo formação em Saúde Mental desses/as profissionais é alvo de frequentes mudanças na perspectiva de superação dessa visão praticista. E para superar essa concepção é necessário que o exercício profissional esteja em consonância com o projeto da profissão, resguardando as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa e a partir do contato com a realidade no espaço ocupacional da profissão o/a profissional residente terá subsídios para reflexão da prática e uma formação de qualidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Thayane Monteiro; SANTOS, Helen Marcele Carvalho dos; SILVA, Olinda Rodrigues da. **SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:** formação profissional na área da saúde. In: Anais VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. UFMA 2017. Disponível em: < servicosocialeresidenciamultiprofissionalformacaoprofissionalnaareadasaude.pdf (ufma.br) > Acesso em: 07/01/2020

BRASIL. **Resolução da comissão nacional de residência multiprofissional em saúde** - CNRMS n. 2. Disponível em: < index.php (mec.gov.br)> Acesso em: 07/01/2020

APPEL, Nicolle Montardo. **O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção.** In: Anais VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. UFMA 2017. Disponívelem:<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaudementalesuasestrategiasdeintervencao.pdf > Acesso em: 26/10/2019

CFESS. **Residência em Saúde e Serviço Social:** subsídio/s para reflexão. Brasília, 2017. /Disponível em: < CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf> Acesso em: 08/01/2020

_____. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999 EMENTA:** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Ver em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf> Acesso em: 05/10/2019

_____. **Parâmetros para atuação de Assistente Social na Saúde.** Brasília, 2010.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e; DORNELAS, Carina Bárbara de Carvalho; ZSCHABER, Flávia Fernandez. **Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social:** concepções, tendências e perspectivas. In: Revista Libertas, Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 460-481, ago. / dez. 2019. Disponível em: < Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: Libertas (ufjf.br) > Acesso em: 07/01/2020.

CLOSS, THAISA TEIXEIRA. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica:** formação para a integralidade? Dissertação (Mestrado) –Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010. Disponível em: <426179.pdf (pucrs.br)> Acesso em: 08/01/2020

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire dos. **O trabalho do/a assistente social na saúde mental:** atribuições privativas e competências profissionais em debate. In: Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 03-Nº 1/Jan-Jun 2016. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170608151751.pdf. Acesso em: 23/09/2019.

FAZENDA, Isabel. Serviço Social, Direitos Humanos e Saúde Mental. In: **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas.** Org. Marco José de Oliveira Duarte; Rachel Gouveia Passos e Tathiana Meyre da Silva Gomes. – Campinas: Papel Social, 2017. p.209-229

FERNANDES, Juliana Cristina; RIBEIRO, Clarice Scopin. Saúde Mental e Serviço Social: Entre o Campo e Núcleo. In: **Atenção Psicossocial e serviço social**/organizado por Lúcia Rosa. – Campinas: Papel Social, 2016. p. 45-72

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio Matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível : < untitled (scielo.br) > Acesso em: 09/02/2020

GOMES, Thayse Fernanda Silva; SILVA, Maria Helena Cariaga. **Intervenção do assistente social na saúde mental:** um relato de experiência. In: Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.50, p., jul./dez. 2017. Disponível em: < https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9034/7302 > Acesso em: 23/09/2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. – 16. ed. – São Paulo, Cortez, 2009. 326p.

KOIKE, Maria Marieta. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Edição: CFESS e ABEPSS. 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade**.** In: **Serviço Social e Sociedade**. nº 124. São Paulo, 2015. p. 678-698. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400678&lng=pt&tlng=pt > Acesso em: 22/10/2019.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social:** um ensaio sobre sua gênese, a "especificidade" e sua reprodução. - São Paulo: Cortez, 2007. 223p.

MORAES, Carlos Antônio de Souza. A "viagem de volta": significados da pesquisa na formação e pratica profissional do Assistente Social. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 114. 2013.

PAULO NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método em Marx.** 1ª ed., São Paulo, Expressão Popular, 2011.

ROSA, Lúcia. **Panorama Geral do Serviço Social na Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica/Atenção Psicossocial**. In: Atenção Psicossocial e serviço social/organizado por Lúcia Rosa. – Campinas: Papel Social, 2016. p. 17-44

RONSANI, Ana Paula Vargas. **O trabalho do assistente social em um contexto de residência multiprofissional em saúde mental:** olhares a partir da prática profissional. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social-2018.

SILVA, Maria Guimarães da. **Processo de trabalho e serviço social.** In: InterAÇÕES - Cultura e Comunidade / v. 2 n. 2 / p. 35-47 / 2007. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/6734> Acesso em: 26/10/2019.

SILVA, Letícia Batista da; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Serviço social e residência em saúde:** trabalho e formação. Campinas: Papel Social, 2020. 184 p. (Didática do Serviço Social; vol. IV)

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência:** diálogos com o marxismo e o serviço social. – Campinas: Papel Social, 2016. 228p.

_____. **Contribuições Recíprocas Entre o Serviço Social Brasileiro e o Campo da Saúde Mental, e a Análise Crítica da Reforma Psiquiátrica no Contexto Neoliberal.** In: Serviço Social, Saúde Mental e Drogas. Org. Marco José de Oliveira Duarte; Rachel Gouveia Passos e Tathiana Meyre da Silva Gomes. – Campinas: Papel Social, 2017. p.29-50.

Revista: Revista Emancipação da Universidade Estadual de Ponta Grossa

Shttps://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/about/submissions

OBS: na versão submetida a revista foi retirada a autoria do texto como prevê as normas de submissão.

Revista: Saúde e Sociedade
Link: https://www.revistas.usp.br/sausoc/onlinesubmission

DESAFIOS DA PRÁTICA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PALMAS-TO

CHALLENGES OF PHARMACEUTICAL CARE PRACTICE IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN PALMAS-TO

Anna Sara Salazar da Silva[1]

Karolyne Botelho Marques Silva [2]

Lucélia Maria Abreu Pereira[3]

Resumo

Este trabalho tem como objetivo principal investigar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais farmacêuticos no atendimento dos usuários com transtorno mental, nos Centros de Atenção Psicossocial de Palmas-TO. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualificativa, por meio de entrevista semiestruturada presencial e online utilizando-se a tecnologia de comunicação Google Meet, destinada aos farmacêuticos atuantes nos CAPS de Palmas-TO, entre os meses de outubro a dezembro de 2020. Os dados coletados foram analisados segundo a abordagem de Gerhardt e Silveira (2009), sendo os resultados agrupados por eixos temáticos: formação acadêmica e capacitação profissional, processo de trabalho dentro de cada serviço, estratégias utilizadas no dia a dia dos atendimentos e outras situações e estrutura física do local de trabalho. Este estudo demonstrou a necessidade de propostas de melhoria voltadas à qualificação dos profissionais farmacêuticos no âmbito de saúde mental para atuação no tratamento dos usuários e participação na gestão de saúde dos Centros de Saúde, bem como de readequação do processo de trabalho, de melhoria do espaço físico e de recursos humanos.

Palavras-chave: Relações farmacêutico-paciente; Transtorno mental; Medicamentos sob Prescrição.

---

[1] Graduada em Farmácia pela CEULP/ ULBRA e Pós-graduanda em Saúde Mental pela FESP. E-mail: annasarasalazar@rede.ulbra.br

[2] Mestre em Ciências do Ambiente pela UFT, especialista em Farmácia Hospitalar pela Faculdade Cambury de Goiânia e graduada em Farmácia pela CEULP/ULBRA. E-mail: karolynebotelho@uol.com.br.

[3] Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil e em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Sírio-Libanês, IEP/HSL, Brasil....E-mail: lucelia.abreu92@gmail.com.

Correspondência
Anna Sara Salazar da Silva
Quadra 1106 Sul, alameda 2, lote 6. Palmas, TO, Brasil CEP 77024-064

Abstract

This work has as main objective to investigate the difficulties faced by pharmaceutical professionals in the care of users with mental disorders, in the Psychosocial Care Centers of Palmas -TO. For this, a qualitative research was carried out, through a face-to-face and online semi-structured interview using the Google Meet communication technology for pharmacists working at CAPS de Palmas - TO in the period from October to December 2020. The data collected were analyzed according to the approach of Gerhardt and Silveira (2009), with the results grouped by thematic axes: academic training and professional training, work process within each service, strategies used in the day-to-day care and other situations and physical structure of the place of work. This study demonstrated the emphasis on improving the proposals for the training of pharmaceutical professionals in the scope of mental health, adapting work processes, the importance of the performance of this professional in treating users, improving physical space, increasing HR and the relevance of the direct participation of health management in these centers.

Keywords: Pharmacist-patient relations; Mental disorder; Prescription Drugs.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental nada mais é que um pleno bem-estar onde o indivíduo manifesta suas capacidades, enfrenta os estressores normais da vida, é funcional socialmente e de forma assídua contribui na sua comunidade (OMS, 2001). Para Amarante (2007), ela é um campo muito amplo, polissêmico e integra a saúde por completo do indivíduo, transformando-o em algo complexo.

Tendo em vista essa complexidade, os espaços de cuidado instituídos e voltados para a saúde mental necessitam ser ambientes sem burocratização e flexíveis, para que se deixe claro que o tratamento está voltado para o usuário e não para a doença em si. Nesta perspectiva, o serviço de atenção à saúde mental necessita de várias categorias profissionais para prestar assistência de forma integral ao indivíduo (AMARANTE, 2007).

Instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual estão inseridos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oferecem uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, para atender usuários com transtornos mentais e com demandas

decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, concebidos como um suporte capaz de ampliar e diversificar os serviços do sistema único de saúde (SUS). Dentre as suas finalidades, traz a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando o cuidado integral e a assistência multiprofissional, sob uma lógica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Estas características da RAPS, contempladas em suas diretrizes, oferecem articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Importante mencionar que a reforma psiquiátrica, no Brasil, foi o movimento que deu corpo aos CAPS, representando um grande avanço na área da saúde mental. Por sua vez, a criação dos mesmos, por meio da Portaria ministerial nº 224 de 1992, fortalecida pela Portaria ministerial nº 336 de 2002, contribuiu consideravelmente para sua efetivação ao estabelecer diretrizes e normas à Coordenação Nacional de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Com toda essa estruturação, evidencia-se o funcionamento interno dos CAPS. Gomes (2013) buscou enfatizar a importância da assistência farmacêutica. Para o autor, é inconcebível trabalhar sozinho na área da saúde. Nesta perspectiva a atenção farmacêutica deve ser realizada integrada à equipe de saúde.

Para Organização Mundial de Saúde (1985) o Uso Racional dos Medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento adequado às suas necessidades clínicas, em doses correspondentes às suas necessidades individuais, durante um período de tempo adequado e com menor custo possível para eles e para a comunidade. Este conceito cabe adequadamente ao atendimento farmacêutico nos CAPS, pois importa sobremaneira, também para a comunidade, o tipo de serviço prestado nestes.

Os medicamentos nos serviços de saúde ocupam um lugar importante, pois salvam vidas e curam, suprimem ou atenuam os sinais e sintomas de diversas doenças (NOELLE, 2002). No contexto dos CAPS, destacam-se os psicofármacos, utilizados amplamente como recurso terapêutico para tratar mal-estar de ordem psíquica, manifestados por tristeza, desamparo, solidão, inquietude, receio, insegurança, ausência de felicidade, dentre outros. Esses medicamentos têm se mostrado como recursos significativos na resolutividade nos serviços de saúde mental, buscando o bem-estar físico e mental do usuário (FERRAZZA et al., 2010; KANTORSKI et al., 2013).

Assim, este trabalho tem como objetivo principal investigar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais farmacêuticos no atendimento dos usuários com transtorno mental, nos Centros de Atenção Psicossocial de Palmas -TO.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza de campo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritivo, utilizando-se procedimentos técnicos para pesquisa de campo.

Metodologicamente, o trabalho foi organizado por meio de pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevista semiestruturada, aplicando-se uma metodologia empírica e multidisciplinar, para problematizar questões, buscando esclarecer a natureza de processos, tecendo críticas que visem seu aprimoramento, para que se realize uma análise, em que o significado é um conceito central, considerando-se a sociologia compreensiva (BAUER; GASKELL, 2008).

O estudo teve como público-alvo 3 (três) profissionais farmacêuticos vinculados aos CAPS de Palmas - TO, sendo 1 (uma) do CAPS II e 2 (duas) do CAPS AD III. Para coleta de informações foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro a dezembro de 2020, estando de acordo com a disponibilidade de tempo dos profissionais dos serviços. Devido a Pandemia do COVID-19 o período de coleta foi estendido para os meses de outubro a dezembro, sendo que a previsão da realização das entrevistas era para o mês de setembro.

A pesquisa foi aplicada somente a partir da aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sendo considerados como critério de inclusão os profissionais farmacêuticos vinculados aos CAPS do município de Palmas -TO e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumento

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a coleta de dados nada mais é que uma busca de informações para agregar conteúdo naquilo que o pesquisador quer descobrir, sendo que o utilizado deve ter validez, confiabilidade e precisão.

A estruturação do roteiro para ser aplicado no momento da entrevista é uma série de perguntas ordenadas e que devem ser respondidas pelo informante na presença do pesquisador e tem como intuito coletar os dados pesquisados, contendo uma linguagem simples e direta,

para que seja compreendida com clareza (GIL, 2008; GERHARDT, SILVEIRA, 2009). Para os autores, a entrevista semiestruturada é um conjunto de perguntas a serem feitas no momento da pesquisa, e o que diferencia da aplicação de um questionário é o fato do entrevistador ter liberdade de incentivar o entrevistado e de falar livremente sobre assuntos que surgiram no momento das entrevistas presenciais e da online.

Plano para a análise dos dados

Posteriormente à coleta de dados, os mesmos foram transcritos e inseridos, na íntegra, para tabelas estruturadas no Word© 2016, para serem analisadas.

A análise dos dados foi realizada na ordem enfatizada por Gerhardt e Silveira (2009), comparando-os as hipóteses criadas e os objetivos almejados, mensurando as relações entre as variáveis construídas através das entrevistas.

Para Minayo (2007), a análise de dados precisa de estruturação teórica e abordagem científica, sendo realizada apenas depois de uma árdua pesquisa sobre a temática abordada, delineada a partir de estratégias que, no caso desta pesquisa, foi constituída a base de sentenças, utilizadas na criação do roteiro para a entrevista. Para o autor, o pesquisador em campo é um ator ativo que indaga, interpreta o que é falado e desenvolve um olhar crítico em cima do que foi observado. Portanto, a análise de dados é constituída da tipificação do material recolhido, a partir da transição entre o que são informações empíricas e o que são informações de bases teóricas.

Para sintetizar o procedimento de análise de dados, Bardin (2006, p. 38) afirma que o mesmo é:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. ... A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Aspectos éticos

O Projeto de Pesquisa (PP) foi encaminhado para à Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), via Plataforma FormSUS.

Após apreciação e aprovação, o PP foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do CEP/FESP, de acordo com a Resoluções nº 466/12, nº 510/16 que normatiza a pesquisas científicas envolvendo seres humanos e a Resolução nº580/18 que normaliza a pesquisa em campo do SUS (BRASIL, 2012; 2016; 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise das entrevistas, foram organizados 04 (quatro) eixos temáticos: formação acadêmica e capacitação profissional, processo de trabalho dentro de cada serviço, estratégias utilizadas no dia a dia dos atendimentos e outras situações e estrutura física do local de trabalho.

Foram obtidas informações amplas e pessoais, visando alcançar o objetivo da pesquisa. Por utilizar-se um instrumento para aplicação de uma entrevista semiestruturada, surgiram assuntos individuais no decorrer da pesquisa. Sendo assim, a pergunta foi aplicada apenas para aquele entrevistado.

No Quadro 01 pode-se observar as características de cada profissional entrevistado, tais como o gênero, idade, tempo de formação acadêmica e tempo de exercício profissional.

Quadro 01. Características gerais dos profissionais entrevistados, CAPS, Palmas – TO, 2020.

Identificação da farmacêutica	Gênero	Idade (anos)	Tempo de formação acadêmica (anos)	Tempo de exercício no CAPS (anos)
01	F	31	11	6
02	F	43	21	4
03	F	41	13	2

Formação acadêmica e capacitação profissional

Quando questionadas sobre a formação acadêmica e de pós-graduação, no âmbito da oferta de disciplinas em saúde mental em seus componentes curriculares, foi unânime o fato de nenhuma participante ter em sua grade curricular matérias específicas em saúde mental, como denotado nas falas abaixo:

> *"[...] nada né, nada, só mesmo na farmacologia do sistema nervoso central, mas nada de Patologia mais específico dos transtornos mentais, não teve". (01)*

"Não, na graduação tive nada de saúde mental. A minha graduação é mais voltada para a saúde pública mesmo né [...]". (02)

"Não tinha matérias específicas para saúde mental. Na faculdade não tem nada voltado para saúde mental, se tiver eu acredito, de drogas aí geralmente sobre medicação [...]". (03)

Como afirma Godoy (2017) a formação acadêmica não aproxima o futuro profissional às questões de comunicação com o paciente, dificultando a integração com o mesmo e o tratamento.

Os pontos de investigação científica verificados merecem atenção no sentido de se ofertar serviços farmacêuticos que possam garantir suporte adequado ao Projeto Terapêutico Singular, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), definida como um "conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário" (BRASIL, 2010). Nesta perspectiva, não há dúvidas que a formação acadêmica precisará ser estudada e modificada para abranger as questões de saúde mental e até mesmo aprofundar nos estudos envolvendo fármacos psicotrópicos.

No que se refere às capacitações e atividades de Educações Permanentes no ambiente de trabalho, seja no CAPS AD III como no CAPS II não ocorrem mais, percebidos nos fragmentos:

"[...] por um tempo teve uma específica para farmacêutico através da Assistência farmacêutica e pela FESP[...]" (01)

"[...] já teve alguns cursos que ofertaram CAPS AD. Eu participei de alguns cursos dentro do serviço, um em outro lugar pela secretaria, mas nada que fosse além como uma pós, alguma coisa do tipo". (02)

Quando questionadas sobre a importância da capacitação do profissional farmacêutico dentro de uma unidade de saúde especializada em saúde mental, as mesmas relataram:

"Sim, porque quando você se atualiza, você se anima e fica com vontade de estudar mais. Sinto falta pois não ocorre mais as educações. Sinto falta de algo específico para farmacêuticos". (01)

[...] o farmacêutico ele, a linha de trabalho dele é dentro das portarias e resoluções [...] a partir do momento que a gente trabalha com medicamentos controlados a gente

tem o dever e cumprir com ele com relação aos protocolos que os nossos órgãos reguladores nos fornece que é o que nós temos que seguir. Já saímos preparados da faculdade para essas questões. (02)

"Acredito que não. A gente aprende muito na prática, no dia a dia. Os psicotrópicos, fazendo a ligação de cada comportamento aí você vai fazendo a ligação, aí é um tipo de associação mesmo, do paciente com os medicamentos que ele faz uso". (03)

Para Zanella, Aguiar e Storpirtis (2015) a Educação Permanente é essencial, uma vez que a formação acadêmica geralmente é tecnicista e não prepara o profissional para uma atuação voltada para a clínica, requerendo uma atualização clínica e holística, principalmente nas formações antes de 2002, onde ocorreu a reforma curricular transformando a formação farmacêutica em generalista.

Processo de trabalho

Nesse contexto de fluxo de trabalho, percebe-se que as demandas específicas da farmácia consomem bastante tempo, geralmente prejudicando a qualidade dos atendimentos aos usuários. Além disso, essas responsabilidades ficam apenas para o farmacêutico do local, já que os mesmos não possuem auxiliares, como podemos verificar na fala a seguir:

[...] devido ao fluxo. Porque a parte administrativa consome muito o nosso tempo, na farmácia tem muito serviço administrativo. As burocracias têm que serem feitas, aí a atenção mais voltada para o paciente vai ficando, porque precisamos sempre fazer o burocrático". (01)

"Hoje a gente não tem nenhum auxiliar e nenhum menor aprendiz. A estagiária que tinha, já saiu. E essa realidade já faz tempo, bem antes da pandemia. A farmácia está carente dessa área de Recursos Humanos [...]" (01)

O estudo realizado por Zanelle et al. (2015) é concluído com a assertiva de informar que a maior parte da atividade do farmacêutico no seu local de trabalho é gerencial, ou seja, burocrática, diminuindo o tempo que este profissional farmacêutico tem para realizar uma dispensação mais completa e uma assistência de qualidade, dificultando geralmente o tratamento. Assim o trabalho se torna algo mecânico, prejudicando as atividades clínicas e consequentemente, a qualidade do tratamento do paciente (ALENCAR, et al. 2012).

Quando questionadas sobre a rotina das análises das prescrições médicas e das

dispensações dos medicamentos, percebe-se que devido ao grande fluxo de atendimento a atenção farmacêutica não pode ser realizado. Contudo elas acreditam que realizam um trabalho satisfatório, conforme consta nos trechos:

> *"Não tem assim um horário específico na frequência onde vamos analisar as prescrições. Isso ocorre no momento da dispensação. E se tiver alguma coisa muito cabulosa aí a gente vai no médico. Mas normalmente se segue a prescrição" (01)*
>
> *"Eu posso fazer essa análise, mas não posso contradizer um médico. Se o médico acha que que tais substâncias de um psicoativo, de um psicotrópico, dentro das suas normativas. Eu apenas estou aqui para dar essa assistência no sentido de esclarecimento maior pra esse paciente com relação ao medicamento prescrito mas jamais questionar uma receita controlada de uma psiquiatra [...]" (02)*
>
> *"[...] essas possíveis interações medicamentosas eu posso passar essas informações para paciente que poderão ter, ou senão às vezes o que acontece muito é os pacientes virem a farmácia questionar algumas alguns efeitos adversos ou colaterais aquele determinado medicamento para eu poder esclarecer, mas assim modificar alterar não gente tem que a conduta de que o melhor ele falar com seu médico para avaliar de forma melhor" (02)*
>
> *"Na saúde mental é sempre as mesmas indicações assim sabe, então é meio que padronizado. Então não tem muito isso de ter a interação, é sempre as mesmas [...] Mas a gente analisa, tem casos assim que você analisa a receita e vê, pera lá ele passou dois tipos de ansiolíticos, aí precisa vê".* (03)

Para Matos et al. (2017), os transtornos mentais ocupam lugar de destaque entre os problemas de saúde, por fatores como o midiático; qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser rotulado como uma patologia cujo tratamento será a administração de psicofármacos. Para isso, é necessário que os prescritores adequem os regimes posológicos aos hábitos de vida do paciente, enfatizem a importância dos outros profissionais no cuidado ao usuário, como o farmacêutico, visando resolver problemas relacionados ao medicamento e prestar a atenção farmacêutica, dentro de uma equipe multiprofissional de saúde.

Ainda sobre a questão da opinião das participantes em relação a eficácia dos serviços prestados ao público do CAPS, tiveram divergências nos serviços. Como mostra os depoimentos:

"Não totalmente. É um tratamento todo voltado para o medicamento né, é o foco. Eu acho que a gente deixa de dar uma assistência farmacêutica devido outras questões já citadas (tempo, estrutura, disponibilidade). A gente faz o mínimo, assim digamos. Dispensar. Tem muita coisa que a gente queria que fosse diferente, mas ali não acontece [...]" (01)

"[...] mas eu acredito que sim que eles estão dentro do que a gente pode fazer, não posso responder pelos demais né mas eu acredito que é o mesma forma de atendimento que eu mesmo espaço mas eu acho que que sim acredito que sim". (02)

"Acredito que seja eficaz sim. Eu acredito, por que a gente presta os nossos serviços, a gente nunca teve problema com paciente. Eu acredito que sim que eu consigo suprir as necessidades deles, dúvidas eu esclareço quando tem. Eu trabalho da melhor forma que posso trabalhar. Não tenho problema". (03)

Quando há divergência ou dúvida sobre a prescrição em relação a dose, concentração, interação medicamentosa ou reações adversas, as entrevistadas relatam que são adotadas estratégias, como:

"[...] quando ocorre algo muito estranho sempre acessamos os médicos, tem muito acesso a eles". (01)

"Se acontecer a gente fala direto com o médico. Aí ele muda [...] é sempre bem profissional, quando precisa é sempre com conversa, sempre temos uma conversa clara e bem profissional". (03)

Por fim, em relação ao processo de trabalho, quando questionado sobre a participação do profissional farmacêutico nas atividades como: discussões de casos, reuniões de equipe realizadas na unidade e intersetorial, informaram que:

"Antigamente tinha mais interação, mas como as atividades dentro da farmácia aumentaram bastante nos últimos períodos, ficou difícil a participação". (01)

"[...] as questões de discussão de caso não cabe muito ao farmacêutico isso, por que as nossas atividades elas são muito voltadas à assistência farmacêutica não cabe a nós dá opinião, eu posso ajudar de alguma forma nas reuniões quando me cabe mas não é uma atividade da farmácia uma vez que a farmácia do CAPS AD ela não é do AD, ela é da assistência farmacêutica então a gente tá aqui dentro como um adendo,

para facilitar esse paciente não se perder de vez ele passar por uma consulta médica e aí ele não aderir ao tratamento". (02)

[...] nas reuniões são sempre assuntos voltados para os pacientes, e assim a gente não é psicóloga, a gente trabalha para dispensar os medicamentos, a gente trabalha com os medicamentos, a gente não sabe essa parte da psicologia. E lá eu vejo muitas discussões de caso que envolve muito o paciente, a gente não sabe essa parte, não acho legal se envolver em coisas que não são da sua área, sendo que você pode tá aqui resolvendo tuas questões". (03)

Essa falta de participação do farmacêutico nas atividades gerais da equipe multiprofissional no CAPS é geralmente explicada pelo excesso de trabalho dentro das atividades da farmácia. Entretanto para Freire et al. (2013) a participação direta mostrou-se relevante para o esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos, sobre a doença e isso contribuiu para adesão dos pacientes aos tratamentos.

Vale ressaltar que todas as farmacêuticas que participaram dessas entrevistas são concursadas.

Estratégias

Devido ao cenário atual da pandemia do COVID-19, foram realizados questionamentos sobre as estratégias adotadas e sobre o comportamento dos usuários nesse período.

"[...] afastou o paciente né por conta do isolamento social em um atendimento volta para janela [...]" (01)

"[...] a gente teve que aumentar a dispensação, dependendo de alguns pacientes, a gente teve que ir colocando 30 dias geralmente a maioria 30 dias, no fato que eles estão hoje apenas com o médico e medicamento na farmácia" (02)

"[...] os pacientes estavam com medo, por que tem uns grupos de risco, mas o fluxo diminui bem esse ano, mas já tá voltando. Os usuários de drogas diminuíram, eles não estão vindo. Eu achei que diminuiu, o de droga foi mais". (03)

"Sim eu percebi sim uma mudança, os pacientes alcoolistas para mim achei que houve um crescente aumento do alcoolista, de pacientes novos que tão vindo pela

primeira vez né então eu tenho visto [...] já os pacientes de drogas, é o crack entre outras substâncias químicas que esses deram uma sumida, eu vejo aqui na farmácia eles sumiram. Percebo que os pacientes alcoolistas eles sempre estão vindo, estão participando". (02)

Com relação as estratégias adotadas para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e o acompanhamento do serviço, foram descritos:

"Eu quando vou atender o paciente eu sei que ele tem que pelo menos sair dali sabendo como tomar o remédio então o que eu faço sempre pergunto como ele toma. E se tiver com familiar acompanhando, sempre explico a posologia. Sempre gosto de anotar, aí eu pergunto se ele quer que anote na cartela que anota no papel, da forma que ele vai entender melhor. Então pelo menos isso, a posologia. Antigamente a gente conseguia fazer o envelope individual, contendo todos os dados, mas isso se tornou impossível devido ao fluxo de pacientes. A gente tem clareza do entendimento de cada paciente" (01)

"Quando chega pra nós, sempre passa pelo técnico de referência, eles chegam e falam: Oh esse paciente não tá fazendo o uso correto do medicamento. Ai o que a gente faz, dispensa pra menos tempo, é o que a gente pode fazer". (03)

Para Zanella et al. (2015) em seu estudo transversal com aplicação de um questionário semiaberto com o objetivo de avaliar a atuação farmacêutica na dispensação de medicamentos no CAPS Adulto de São Paulo, ficou evidenciado que a principal estratégia era explicar para os pacientes as características da doença, as indicações e como funciona o tratamento medicamentoso.

Como aponta Matos (2017), não é apenas o sujeito e sua dimensão de indivíduo que 'trabalha'; supõe-se que devem trabalhar também a família e o grupo social como agente das mudanças buscadas. Assim fica claro, por meio dos serviços ofertados, que o objetivo principal do CAPS é oferecer um dispositivo que possa fazer um contraponto a lógica asilar reinante no país em décadas anteriores e oferecer um "modo psicossocial de tratamento", de maneira integral e resoluta (MATOS, et al 2017).

Vale ressaltar que, quando compreendemos a relevância que se dá ao sujeito é decisivo para que este se torne participante ativo no tratamento, não desconsiderando o caráter orgânico da doença, mas trazendo ênfase a pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social (MATOS, et al. 2017).

Quando questionadas sobre a participação dos pacientes nos grupos terapêuticos dos CAPS:

"Quando tinha os grupos a gente tinha uma estratégia, para aqueles que eram assíduos, a gente organizava para a retirada do medicamento ser no mesmo dia dos grupos que ele participava, para ele da apenas uma viagem". (01)

"[...] importância da psicoterapia de grupos individuais ou coletivos que o medicamento ele é um ele é um cooperador o tratamento dele não o que vai ter a resolução do tratamento dele somente com medicamento". (02)

"[...] tem muitos que a gente já sabe que eles não vêm, por que não gostam. Eles querem passar pelo médico e pegar medicação, eles não querem saber de grupo, não sei se é a maioria, mas é a grande parte. Os que participam, eu acredito, que os grupos ajudam e motivam". (03)

Estrutura física do local de trabalho

Quando questionadas sobre o espaço ser apropriado para o trabalho do farmacêutico, observou-se, no CAPS II:

"Eu vejo que o espaço é pouco satisfatório. Eu acho que não só para farmácia mas para os outros setores. Mas como não estamos em uma estrutura definitiva, a gente vai se adaptando [...]" (01)

Já a realidade do CAPS AD III é diferente:

"[...] eu acredito que tá tudo bem aqui no farmácia né, tá bem, bem estruturado sim". (02)

"A estrutura aqui da farmácia é boa, eu posso falar que é uma das melhores da rede, do municiono. O espaço é bom, a estrutura é boa, não tenho o que reclamar, a limpeza também é ok". (03)

Quando questionadas sobre o espaço ser apropriado para o trabalho do farmacêutico, foram ditas, no CAPS II:

"Sim, temos uma sala própria, mas o tamanho ainda é inadequado. Temos um ambiente sigiloso e isso já é bom, mas não é o adequado" (01)

CAPS AD III:

"Eu acho que tinha que ter ou não sei uma porta de forma que pudesse não adentrar tem casos extremos né. Para você fazer essa dispensação ter essa estrutura eu acho que falhou foi feito de forma como se fosse um, é uma sala precisaria talvez de algo que nos desce mais uma segurança" (02)

"Sim, nossa. Muito apropriado [...] Nossaa, eu fiquei bem encantada porque era tudo bem novinho [...]" (03)

A falta de um ambiente adequado interfere diretamente na qualidade do tratamento e, geralmente, na adesão do paciente ao CAPS. Para Azevedo et al. (2015), uma estrutura que não agrega e acolhe é um fator de desistência. Ademais para um atendimento de qualidade o CAPS precisa ter um ambiente adequado e acolhedor principalmente em situações de crise, como afirma Alencar, Cavalcante e Alencar (2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais dificuldades enfrentadas pelo profissional farmacêutico nos Centros de Atenção Psicossocial de Palmas – TO, percebidas por meio desta pesquisa, foram uma formação acadêmica sem abordagem em saúde mental; a ausência de capacitações e Educações Permanentes voltada aos profissionais farmacêuticas; realização de demandas burocráticas e práticas gerencias, uma estrutura física de trabalho inadequada e uma demanda de trabalho exaustiva que impossibilita a oferta de uma atenção farmacêutica.

Constitui um desafio a atuação farmacêutica nos CAPS frente ao tratamento dos usuários, assim com a necessidade de mudanças inerentes no processo de trabalho, ampliando com urgência os recursos humanos, para que os profissionais não sejam absorvidos por questões gerencias, assim como na melhoria nos espaços físicos de trabalho e a relevância da participação direta da gestão de saúde nestes centros.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S.; CAVALCANTE, E. A. B.; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicadas*, 2012.

AMARENTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

AZEVEDO e colaboradores. Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 16(2): 109-116, abr-jun, 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.

BAUER, MW.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.* Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 7ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 10 fev. 2021.

FERRAZZA, DA et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia (Ribeirão Preto*), p. 381-390, 2010.

FREIRE, E. C.; FEIJÓ, C. F.; FONTELES, M. M. F.; SOARES J. E. S.; CARVALHO, T. M. J. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicadas*, 2013;34(4):565-570.

GERHARDT, TE. SILVEIRA, DT. *Métodos de Pesquisa*. 1º Ed. Porto Alegre: UFRGS. 2009. 120P. (Série Educação à Distância).

GIL, AC. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4º Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, R. R. *Análise Qualitativa da Interação Farmacêutico-Paciente em Consultas Ambulatoriais e Desenvolvimento de Serviços de Cuidado Farmacêutico na Rede Atenção à Saúde De Curitiba*. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Federal do Paraná, 2017.

GOMES, ALC. A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa – PB. *Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica Biblioteca de Saúde Pública*. João Pessoa, agosto de 2013.

KANTORSKI, LP; GUEDES, ADC; FEIJÓ, AM; HISSE, CDN. (2013). Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *22*(4), 1022-1029.

MATOS, R. K. S e Colaboradores. Projeto terapêutico singular em um centro de atenção psicossocial (Caps II). *Revista Intercâmbio* - vol. IX. Pg 111- 130. 2017.

MINAYO, MC DE S. DESLANDES, SF; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*, v. 30, 2007.

NOELLE, L. Bioethics and 21st century, view point of the jurist. *Presse Med*, v. 31, n. 12, p. 565-570, 2002.

Organização Mundial De Saúde (OMS). Relatório mundial da saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1.ª edição, Lisboa, abril de 2001.

Organização Mundial De Saúde (OMS). *The rational use of drugs: report of the conference of experts*. Nairobi 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987.

ZANELLA, Carolina Gomes; AGUIAR, Patricia Melo; STORPIRTIS, Sílvia. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva***,** [S.L.], v. 20, n. 2, p. 325-332, fev. 2015. FapUNIFESP.

ARTIGO

<<. >>

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: concepções e práticas de um centro de atenção psicossocial no município de Palmas-TO

MENTAL HEALTH MATRICATION IN PRIMARY CARE: conceptions and practices of a psychosocial care center in the city of Palmas-TO

Benedita Rafaela Silva Barreiros[1], Jonatha Rospide Nunes[2]

[1] Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará.

E-mail:

rafaela.barreiros21@gmail.com

[2] Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2003), com práticas nas ênfases de Psicologia Clínica e Comunitária. Mestre pelo Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense

RESUMO

Objetivo: Descrever como ocorre o Apoio Matricial (AM) em saúde mental realizado pelo CAPS II e CAPSAD III junto à APS de Palmas-TO. Métodos: Estudo descritivo, com método de abordagem qualitativa realizado entre setembro de 2019 a dezembro de 2020 com profissionais de saúde mental do CAPS II e AD III. Resultados e discussão: Foi possível notar o forte envolvimento e investimento que o profissional de saúde tem no seu local de atuação. Porém, o processo de trabalho e a forma de organização da rede tem levado a falhas no processo de implementação do AM e consequentemente, a fragmentação da assistência à saúde. Conclusão: A avaliação da percepção dos profissionais acerca do AM na APS faz-se necessária para que os serviços possam identificar aspectos que necessitem de atenção, mediante uma análise dos atores envolvidos no processo para que estratégias possam ser realizadas viando a melhoria na implementação do processo de AM.

Palavras-chave: Saúde mental. Descentralização. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe how BF occurs in mental health carried out by CAPS II and CAPSAD III together with APS in Palmas-TO. Methods: Descriptive study, with a qualitative approach method carried out between September 2019 to December 2020 with mental health professionals from CAPS II and AD III. Results and discussion: It was possible to notice the strong involvement and investment that the health professional has in his place of work. However, the work process and the form of organization of the network has led to failures in the process of implementing BF and, consequently, the fragmentation of health care. Conclusion: assessment of the perception of professionals about BF in PHC is necessary so that the services can identify aspects that need attention, through an analysis of the actors involved in the process so that strategies can be carried out aiming at improving the implementation of the process. AM.

Keywords: Mental health. Decentralization. Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Correia, Barros e Colvero (2011) o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi um serviço estratégico para promover a desospitalização, aqui entendida enquanto oferta de serviços territoriais, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Em 2011 através da portaria 3.088 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e acrescentaram-se as seguintes modalidades de CAPS no âmbito do SUS: CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), CAPS AD III e CAPS i. O cuidado nestes serviços é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Primária a Saúde (APS), garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

A APS é componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do(a) usuário(a) na rede (BRASIL, 2017). Constitui um nível importante do sistema de saúde, porém, é necessário que ele esteja articulado com os outros níveis, de média e alta complexidade (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Em munícipios onde são implantados os CAPS ou outros equipamentos de saúde mental o Apoio Matricial (AM) ou Matriciamento é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações na APS, através de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação (WENCESLAU, ORTEGA, 2015).

De acordo com Chiaverini (2011) o AM é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. É um modelo de integração que consiste em cuidados colaborativos entre profissionais de cuidados primários e de saúde mental. Neste modelo, formação e supervisão de saúde mental são prestadas por profissionais de saúde mental a uma rede extensa de equipes da ESF (BRASIL, 2009).

Para Campos (1999) o apoio matricial tem uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, pressupõe apoio educativo para a equipe de referência e ações realizadas conjuntamente com ela. O autor propôs este arranjo organizacional e metodológico como

forma de superação das práticas fragmentadas e burocráticas em saúde, possibilitando a descentralização das ações no território, a capacitação das equipes de referência, a interdisciplinaridade, a retaguarda especializada, modificando a lógica do sistema de referência e contra-rreferência.

O autor também trouxe o conceito de equipe ou profissional de referência definindo-o como aquele que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. É composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre determinado problema de saúde. Tanto a equipe de referência como o apoio matricial são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial trouxe uma proposta inovadora e potente para transformação do modelo assistencial, tornando-se um importante eixo articulador para produzir mudanças nas relações interprofissionais. Além disso, estimula um novo desenho da rede do SUS, já que, em alguma medida, borra a fronteira entre atenção básica e serviços especializados (CASTRO, CAMPOS, 2016).

No entanto, estudos demonstram que ainda existem diversas dificuldades no processo de implementação do AM evidenciados por pouca clareza sobre esta proposta entre as equipes de saúde; poucos espaços para debates sobre o tema; trabalho sob a lógica de encaminhamentos do profissional da atenção básica para serviços especializados, transferindo a responsabilidade do cuidado e dificultando a construção de ações conjuntas (MACHADO, CAMATTA, 2013).

No contexto do estado de Tocantins foi instituído através da resolução CIB – nº 120 de agosto de 2013 a implantação do Projeto da RAPS na região de Saúde Capim Dourado na qual se insere a cidade de Palmas. O município possui RAPS composta por atenção psicossocial especializada (CAPS II e CAPSAD III), atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA) e atendimento hospitalar (Hospital Geral).

No entanto, para a operacionalidade, eficiência da RAPS no município, é necessário estar articulada com a APS. Neste sentido, a gestão municipal conta com o apoio e articulação de 33 Centros de Saúde da Comunidade (CSC), com 76 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 15 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com cobertura de 100% da população.

De acordo Correia, Barros e Colvero (2011) uma relação de confiança e proximidade entre os serviços especializados e APS requer mais envolvimento entre as equipes para

que haja mais apropriação das temáticas relacionadas a saúde mental, reduzindo possíveis inseguranças e medos em lidar com as pessoas em sofrimento psíquico.

Todavia, dentro do contexto de Palmas observa-se que ainda há possíveis obstáculos nesta relação, os quais são demonstrados pela constante referência e contra-referencia entre as equipes da APS e de saúde mental muitas vezes sem embasamento que permita um encaminhamento coerente e responsável, tal fato é evidenciado pelo grande número de usuários que são encaminhados pelos CSC's aos CAPS, mas por "não terem perfil para CAPS", são encaminhados para outros serviços da rede, incluindo os próprios CSC's, demonstrando claramente que ainda há certa fragmentação e falta de comunicação entre as equipes.

Frente a este contexto, levantou-se os seguintes questionamentos: Qual a percepção dos profissionais dos CAPS do Município de Palmas a respeito de AM? Como ocorre a operacionalização do AM na APS? Quais a dificuldades e potencialidades observadas e vivenciadas pelos profissionais neste processo?

De acordo com Wenceslau e Ortega (2015) encontram-se na literatura algumas pesquisas que trabalham o tema AM, porém, estas pesquisas são ainda incipientes. Por tanto, pesquisar essa temática permite qualificar as variáveis envolvidas neste processo, o que poderá proporcionar mais adesão e eficiência no uso desta metodologia na prática dos profissionais.

Deste modo, o objetivou-se com esta pesquisa descrever como ocorre o AM em saúde mental realizado pelo CAPS II e CAPSAD III junto à APS de Palmas-TO.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com método de abordagem qualitativa. Realizada no CAPS II e CAPSAD III, localizados no município de Palmas, Tocantins, e foi executado após analise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer número 4.262.251.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser profissional de nível superior e estar lotado no CAPS II ou CAPSAD III incluindo contratados, efetivos e residentes a partir do segundo ano do curso; ser técnico de referência e desenvolver Apoio Matricial na APS e aceitar participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão estabeleceu-se: estar de férias ou licença no período da coleta de dados; profissionais de nível médio lotado no CAPSII ou CAPSAD III;

os residentes do primeiro ano; profissionais não atuantes como técnicos de referência e/ou que não desenvolvem AM na APS e não aceitar participar da pesquisa.

Foi utilizado a entrevista com roteiro semiestruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, contendo com 5 (cinco) perguntas abertas a respeito da percepção dos profissionais sobre AM e sua implementação no seu processo de trabalho. Ao roteiro, foram acrescentadas questões complementares para e levantar o perfil sociodemográfico utilizando 6 (seis) variáveis: Sexo, idade, categoria profissional, especialidade, tempo de formação e tempo de atuação no CAPS.

Os dados referentes à caracterização dos pesquisados foram tratados por meio da estatística descritiva simples, utilizando para isso o software Excel. Os dados correspondem às variáveis sexo, idade, profissão, tempo de formação e tempo de serviço.

As entrevistas após transcritas foram analisadas mediante análise de conteúdo proposto por Bardin (2011) o qual descreve as diferentes fases da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

Os resultados passaram por inferências e interpretações, de modo a possibilitar categorias e suas dimensões, promovendo assim a construção do saber científico a respeito do objeto pesquisado. Posteriormente, foram relacionados com a literatura pertinente para identificar aproximações e distanciamentos, bem como apontar sugestões de ações.

A esse respeito, através dos depoimentos que emergentes das entrevistas e com base nos objetivos específicos deste estudo, foram encontrados significados para as seguintes categorias temáticas apresentadas nos diagramas abaixo (Figura 01).

Figura 1- Diagrama Temático-categorial. (Fonte: produzida pelos autores)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve adesão de 07 profissionais de saúde mental (2 enfermeiras, 02 psicólogas, 02 terapeutas ocupacionais e 01 psiquiatra). Sendo que predominaram – de acordo com a tabela 1 - profissionais do sexo feminino com 6 (seis), média de idade de aproximadamente 32 anos, tempo de formação dos participantes aproximadamente 9 anos e 4 meses. Quanto ao tempo de atuação no CAPS a média foi de aproximadamente 3 anos.

Tabela 1: Descrição dos profissionais participantes da pesquisa segundo características sociodemográficas, categoria profissional, especialidade, tempo de formação e tempo de atuação no CAPS. Palmas, Tocantins, 2021.

Sexo	Idade	Categoria profissional	Especialidade	Tempo de formação	Tempo de atuação no CAPS
F	32	Psicologia	Psicologia do Trânsito	7 anos e 5 meses	2 anos e 11 meses
F	33	Terapia ocupacional	Saúde mental	12 anos	6 anos e 4 meses
F	57	Psicologia	Processos educacionais em saúde	33 anos e 6 meses	6 anos
F	25	Enfermagem	Saúde mental	4 anos	1 ano e 8 meses
F	25	Terapia ocupacional	-	1 ano e 1 mês	1 ano
F	26	Enfermagem	-	3 anos	1 ano e 4 meses
M		Medicina	Psiquiatria	4 anos e 9 meses	2 anos e 2 meses

Fonte: produzida pelos autores

Categoria I: Compreensão sobre AM

Esta categoria apresenta a percepção/conhecimento dos profissionais pesquisados acerca do seu entendimento sobre apoio matricial em saúde mental. A partir das falas dos entrevistados foram encontrados significados aos seguintes desdobramentos: “Ferramenta de qualificação interprofissional” e “compartilhamento do cuidado”. Sobre o primeiro, assim se expressam alguns profissionais:

(P02) - O CAPS tem a proposta de qualificar os outros dispositivos, a atenção básica, por exemplo, com relação a ter um atendimento mais qualificado aos pacientes, né? com relação a encaminhamentos corretos, com relação a referências e contra referências, com relação a questão do uso correto dos protocolos, de fazer a regulação [...]”.

(P04) - Matriciamento é um dos métodos utilizados para fazer com que os demais serviços, atenção básica, hospitais, para que eles compreendam o funcionamento de um determinado, no caso o CAPS. Então os profissionais do CAPS vão matriciar, repassar e

compartilhar conhecimentos de funções, de funcionamento em geral para aqueles profissionais.

Os entrevistados dos serviços mencionam o assessoramento das equipes solicitantes, seja de atenção básica ou de outros serviços, como uma contribuição possível pelo Apoio Matricial, colocando o CAPS como um dispositivo que oferece auxilio/apoio aos serviços sobre o seu próprio funcionamento ou outras demandas de conhecimento. Além disso, consideraram o AM uma estratégia para melhorar o fluxo resolutivo da rede, por meio da articulação, interligando com os outros serviços e ultrapassando a lógica dos encaminhamentos.

Ao pensar na rede de cuidados em saúde mental e na prerrogativa da integralidade das ações de saúde, vemos que os CAPS ocupam lugar de destaque. Segundo a PORTARIA/GM Nº 336, os CAPS devem responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no seu território, regular a porta de entrada da rede assistencial e supervisionar e capacitar equipes de atenção básica (BRASIL, 2002).

Com relação ao segundo desdobramento “cuidado compartilhado”, os depoimentos dos profissionais apresentam o seguinte contexto:

(P01) - Eu entendo como uma construção compartilhada das equipes de saúde em prol do desenvolvimento das ações que são realizadas na saúde para a comunidade, a população.

(P06) - É um cuidado em saúde, um cuidado compartilhado e um processo também de educação em saúde, troca de conhecimentos e experiencias. Seria iniciar esse cuidado compartilhado com outros serviços e dar esse cuidado continuado para o usuário.

Os profissionais demonstram a necessidade de uma articulação entre os serviços de saúde mental e a atenção básica que extrapole a lógica do encaminhamento, para exercer a corresponsabilização. Apontam também a troca de saberes e de experiências.

De acordo com Rodrigues (2012) a articulação entre os serviços de atenção básica com os especializados em saúde mental é proposição de políticas públicas de reforma psiquiátrica que visam territorializar o cuidado. Esta relação é considerada essencial, pois ambos os espaços compartilham princípios de multiprofissionalidade, integralidade, vínculo e construção de redes.

Categoria II: Participação dos CAPS no processo de implementação do apoio matricial

Esta categoria procurou reunir os discursos dos entrevistados sobre o processo de trabalho apoio matricial na APS. A partir das falas dos entrevistados foram encontrados significados aos seguintes desdobramentos: “Demanda espontânea que sugere a

necessidade do trabalho do apoio matricial" e "instrumentos utilizados". Sobre o primeiro, assim se expressam alguns profissionais:

(P05)-Pela minha experiência eu observo que acontece quando é solicitado pela equipe de atenção básica ou outro serviço da rede. Eles solicitam suporte do Caps com algum usuário que precisa. A equipe não tem uma agenda organizada para esses matriciamentos [...]".

(P06)- Geralmente, baseada na minha experiência, ocorre sempre a partir de uma demanda, se algum caso clínico chega e a equipe entende que precisa desse cuidado compartilhado, inicia-se esse matriciamento. Atualmente, devido ao covid-19 esses matriciamentos estão ocorrendo online através de apresentação em slide.

A partir das falas pode-se observar que o apoio matricial é realizado pela equipe do CAPS, quando as equipes de atenção básica ou de outros serviços da rede solicitam, através de uma demanda espontânea que pede matriciamento.

De acordo com Belotti et al. (2012) apoio matricial significa uma mudança no funcionamento e na organização dos serviços de saúde, de modo a promover um espaço de comunicação ativa, no qual o conhecimento é compartilhado entre profissionais da Atenção Básica e apoiadores, deslocando o poder dos especialistas. A relação se sustenta em procedimentos dialogados, o que diminui a fragmentação inerente à especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento e à autoridade de certas especialidades.

Com relação ao segundo desdobramento "instrumentos utilizados", os depoimentos dos profissionais apresentam o seguinte contexto:

(P02) - Nesse tipo de matriciamento, a gente utiliza muito as discussões de caso, às vezes com utilização de data show dependendo da onde for e a utilização do protocolo de saúde mental mesmo de uma forma explícita. Fazemos a discussão de algum caso específico que é importante também a gente utiliza também, né? Muito".

(P04) - "Um técnico de referência vai da área que vai ser matriciada. Às vezes pedimos auxílio para outro técnico de referência, ou um profissional, um assistente social, psicólogo, até mesmo um terapeuta ocupacional, dependendo do que vai ser falado, o que vai ser exposto, tratado naquele matriciamento. Às vezes levamos data show, planilhas, folder do que vai ser exposto, tudo que vai ser falado naquele matriciamento".

As entrevistas evidenciam que o processo de trabalho contempla o atendimento conjunto com utilização de discussão de casos clínicos, construção de Projeto Terapêutico

Singular e visitas domiciliares. Os profissionais também mencionam a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como observa-se nas falas a seguir:

(P07)- Trabalhamos sobre a importância do Projeto Terapêutico Singular do paciente e a importância do paciente participar dessa sua construção, nè? visando a integralidade [...] Falar da importância das visitas domiciliares e também trabalhar a questão dos preconceitos e dos estigmas.

Para Brasil, 2015 o matriciamento, supõe apoio presencial sistemático que garanta suporte técnico aos casos de saúde mental, através de ações como discussão de casos, atendimento compartilhado e ações territoriais que tenham como objetivo a corresponsabilização do cuidado.

Categoria III: Facilidades em relação à implementação da proposta do apoio matricial

Esta categoria procurou reunir os discursos dos entrevistados sobre possibilidades e facilidades relacionadas a implementação do Apoio na APS. A partir das falas dos entrevistados foram encontrados significados aos seguintes desdobramentos: “fortalecimento da Comunicação” e “aspectos organizacionais e logísticos”. Sobre o primeiro, assim se expressam alguns profissionais:

(P01) - Atualmente, está bem mais facilitada a comunicação da gestão com relação a esses matriciamentos. Recentemente eles pegaram os responsáveis pelas unidades, pelo ambulatório, pelo CAPS para se reunirem, eu participei de duas reuniões. Eles estão até bem mais presentes nesse processo e sem esse apoio deles, não tem como fazer”.

(P03) - “Acredito que toda essa questão de matriciamento vai muito da comunicação com o gestor, do interesse da gestão, né? de dar esse apoio para os profissionais estarem executando esse serviço desse matriciamento, Pode ser financeiro, não sei como que seria isso. Acredito que seja a carga horária também, ela facilitaria. Poderia ser no contraturno dar esse apoio às unidades básicas e na atenção da saúde da família.

De acordo com Gryschek e Pinto (2015) é importante a persistência em implantar e aprimorar o Apoio Matricial para abordar os problemas em saúde mental na atenção básica. Esse esforço é parte das ações para organizar a rede de cuidados em saúde mental, devendo incluir diversas técnicas, em especial um melhor uso da comunicação, do vínculo, do acolhimento e de práticas integrativas e coletivas. Neste contexto, a gestão tem papel fundamental por incentivar e dar apoio no estabelecimento e fortalecimento um novo modelo de cuidados em saúde na atenção básica.

Os profissionais também apontam a importância da atenção básica pela comunicação de suas demandas e busca do suporte da atenção especializada.

(P07) - Um fator importante para facilitar isso, seria a comunicação da atenção básica dos casos que existem no território, das demandas existentes, com relação às demandas do caps. Por que, às vezes eles querem matriciamento por parte do caps, mas, nem eles tem de forma clara qual seria as demandas que eles gostariam de ser supridas no território.

De acordo com Neves (2010) há muitas possibilidades de cuidados em saúde mental na atenção básica. É necessário que a formação e a capacitação dos profissionais da AB superem o conhecimento técnico, que envolve diagnóstico e uso de medicações, e abranjam também habilidades de comunicação, capacidade de trabalhar num modelo ampliado de atenção e manejo de problemas psicossociais.

Também pode-se observar nas falas que, o apoio matricial parte da vontade dos profissionais de descentralizar a atenção em saúde mental e a comunicação é colocada como uma possibilidade para impulsionar a prática.

(P06)- A forma que a gente se comunica com a gestão e com os outros serviços e troca esse conhecimento pode ser um fator que mais afasta do que contribua com esse matriciamento. Tudo depende da forma de comunicação para o matriciamento acontecer.

Categoria IV: Dificuldades em relação à implementação da proposta do apoio matricial.

Esta categoria procurou reunir os discursos dos entrevistados sobre as dificuldades relacionadas a forma de participação do CAPS na proposta de implementação do Apoio. A partir das falas dos entrevistados foram encontrados significados aos seguintes desdobramentos: “Habilidades/conhecimentos da equipe do CAPS” e “recursos humanos”. Sobre o primeiro, assim se expressam alguns profissionais:

Os profissionais de saúde mencionam a necessidade de capacitação das equipes para que as mesmas tenham mais preparo em relação a prática do apoio matricial.

De acordo com Gryschek e Pinto (2015) para que as ações da saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação destas equipes por meio de atividades permanentes de discussão de casos com equipes de saúde mental, permitindo estratégias de cuidado que considerem as múltiplas determinações do processo saúde doença e apoiem a superação da medicalização do cuidado, dentre outras práticas, proporcionando um cuidado integral a pessoa com transtornos mentais.

Outro aspecto levantado pelos profissionais diz respeito aos recursos humanos, ao número insuficiente de profissionais nos CAPS. Os entrevistados alegam que talvez não *consigam conciliar o trabalho de apoiador com os atendimentos aos usuários do CAPS.*

(P01) - Pela demanda, pelas necessidades que a gente vê, a equipe é bem reduzida. Isso dificulta bastante.

(P04) - Engraçado, quando se fala de apoio, significa estar junto, estar próximo. O que dificulta nesse estar junto, nesse apoio matricial, primeiro, carência de profissionais, é um dos fatores mais gritantes aqui dentro do caps. Se sai uma equipe para fazer matriciamento, num determinado território, o caps fica carente de profissionais, essa é uma das demandas específicas daqui.

(P05) - "A agenda do serviço é muito grande, a demanda é muito complicada. Geralmente, acabamos ficando presos no serviço por causa da alta demanda. Se um profissional sai para ir para o território, faz falta no serviço. O mais complicado de tudo é organizar a agenda de uma forma a suprir as necessidades do território e do caps".

Nessa compreensão, de acordo com Ministério da Saúde (2003) no tocante à organização das ações de apoio matricial recomenda que, nos Municípios onde haja CAPS e/ou outros equipamentos da saúde mental, o mesmo seja feito por tais equipes, que deverão reorganizar sua carga horária a fim de ter encontros semanais e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências com as equipes da atenção básica. Em contrapartida, quando o número de CAPS for insuficiente na rede para tal apoio, devem ser implantadas equipes de matriciadores e/ ou haver o planejamento da expansão do número de serviços de saúde mental de base comunitária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou explorar as percepções dos profissionais atuantes nos CAPS II e AD III sobre suas percepções a respeito do AM realizado pelo serviço na APS do município de Palmas. Para tal, explorou-se a compreensão do profissional sobre o processo de implementação, demandas, instrumentos utilizados, desafios e possibilidades.

Foi possível notar o forte envolvimento e investimento que o profissional de saúde tem no seu local de atuação. Porém, o processo de trabalho e a forma de organização da rede tem levado a falhas no processo de implementação do AM e consequentemente, a fragmentação da assistência a saúde. Contatou-se que a utilização de recursos para fortalecer a comunicação e ações de redesenho do trabalho se apresentam como fator

importante para organizar as demandas do serviço, como também otimizar o trabalho dos profissionais.

Com isso, salienta-se que, a avaliação da percepção dos profissionais acerca do AM na APS faz-se necessária para que os serviços possam identificar aspectos que necessitem de atenção, mediante uma análise dos atores envolvidos no processo para que estratégias possam ser realizadas viando a melhoria na implementação do processo de AM.

Portanto, os resultados deste estudo podem subsidiar discussões entre gestores e profissionais de saúde a fim de identificar as necessidades e limitações relacionadas ao AM para o fomento de uma cultura que ultrapasse a lógica dos encaminhamentos.

REFERÊNCIAS

ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p.64-74, mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536>. Acesso em: 02 out. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica**. Brasília: DATASUS, 2018. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 11 de outubro de 2018.

BRASIL. Constituição (1992). Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Normatiza O Atendimento em Saúde Mental na Rede Sus**. Brasília, Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=586>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe Sobre A Proteção e Os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona O Modelo Assistencial em Saúde Mental**. Brasília, DF, Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.216-2001?OpenDocument>. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde Mental**: Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:** Uma perspectiva global. Brasília: Oms, 2009. 250 p. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro de 2017. **Aprova A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo A Revisão de Diretrizes para A Organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus).** Brasília, DF, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui **A Rede de Atenção Psicossocial Para Pessoas Com Sofrimento Ou Transtorno Mental e Com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 04 set. 2019.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe Sobre As Modalidades dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).** Brasília, DF, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E UNIDADES DE ACOLHIMENTO.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 2012c. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

BELOTTI, Meyrielle et al. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. **Polise e Psique**, Espírito Santo, v. 2, n. , p. 128-146, jun. 2012. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40324. Acesso em: 16 nov. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 2, n. 4, p.393-403, dez. 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p.399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 03 out. 2019.

CASTRO, Cristiane Pereira de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.455-481, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000200007.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf >. Acesso em: 28 ago. 2019.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 6, n. 45, p.1501-1506, 21 mar. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/reeusp>. Acesso em: 03 out. 2019.

COSSETIN, Andiara; OLSCHOWSKY, Agnes. AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: necessidades e potencialidades. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 32, p.495-501, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/09.pdf>. Acesso em: 06 out. 2019.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.961-970, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400013>. Acesso em: 08 out. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p.32-224, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/18.pdf>. Acesso em: 04 out. 2019.

GRYSCHEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica?. **Ciência & Saúde Coletiva,** [S.L.], v. 20, n. 10, p. 3255-3262, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n10/3255-3262/pt. Acesso em: 04 nov. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=16985&t=resultados>. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

JORGE, Maria Salete Bessa. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Ceará, v. 65, n. 5, p. 738-744, set. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/15.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

NEVES, Hilton Giovani. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 666-670, ago. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/25.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica**. Brasília: DATASUS, 2018. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 11 de outubro de 2019.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, p.158-64, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, TOCANTINS. **Intranet: Gestão da Saúde**. Disponível em: <https://saude.palmas.to.gov.br/>. Acesso em: 28 Set. 2019.

RODRIGUES, Euzilene da Silva. A Interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitoria/ES. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, ago. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/07.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** [s.l.], v. 19, n. 55, p.1121-1132, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1152.

Revista: CEREUS

Link com as normas: http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/about/submissions

PLANO PILOTO DE PREVENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: análise documental de uma ação proposta pela Secretaria Municipal de Palmas – TO

Gleycielle Silva Magalhães (FESP)[1]
Leny Meire Correa Molinari Carrasco (FESP)[2]

RESUMO

Entende-se por suicídio o ato voluntário de infligir violência contra si mesmo tendo como resultado a morte. O comportamento suicida configura-se como questão de saúde pública. Estima-se que cerca de 800 mil pessoas efetivem o suicídio por ano. Esta é a segunda maior causa de morte de pessoas entre 15 e 29 anos no mundo. As evidências apontam que a maioria dos casos de suicídio poderiam ter sido evitados (OPAS; OMS, 2018). Automutilação é uma forma de violência autoprovocada que pode acontecer de várias formas, sem a intenção consciente de morrer (SILVA; BOTTI, 2017). Tal prática está relacionada a disfuncionalidade do mecanismo de adaptação e/ou dificuldade de lidar com emoções. A ocorrência de automutilação e suicídio entre adolescentes tornou-se uma preocupação mundial, e os estudos apontam a necessidade de identificar os jovens em maior risco e atuar na prevenção dos comportamentos autodestrutivos (ANESTIS; SELBY, 2015; MARTIN et al., 2015). Nesse contexto, este estudo faz parte do projeto de pesquisa *Um Estudo Sobre a Prevenção do Suicídio na Adolescência: quanto vale uma vida?* e questiona se o plano piloto de prevenção ao suicídio e automutilação na adolescência da cidade de Palmas/TO é eficaz. Tem como objetivo geral avaliar este plano: apreciar os procedimentos, comparar os objetivos traçados com os resultados apresentados e os consolidar como parte das políticas públicas municipais. Utilizou-se de metodologia de pesquisa aplicada, descritiva, com coleta de dados documental retroativa e análise documental no tratamento dos dados. Foi constatada a eficácia do plano piloto.

Palavras-chave: prevenção; suicídio; automutilação; adolescência.

[1] Psicóloga residente, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). E-mail: psicologagleyciellemagalhaes@gmail.com.
[2] Psicóloga orientadora, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Especialista em Docência Superior e em Psicologia Escolar e Educacional. Mestre em Ciências do Ambiente. E-mail: lenycarrasco@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido a partir do Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) de Palmas, Coordenação Técnica de Saúde Mental. A execução do projeto é coordenada por uma psicóloga da área técnica, a qual também é preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Trata-se de uma análise documental do Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio na Adolescência, na cidade de Palmas/TO (CARRASCO, 2019).

Entende-se por suicídio o ato voluntário de infligir violência contra si mesmo tendo como resultado a morte. O comportamento suicida (ideação e/ou planejamento e/ou tentativa) configura-se como questão de saúde pública, além de ser complexo em suas motivações e ocorrências. No entanto, ainda é um assunto obscuro e de difícil discussão para muitas pessoas em diversas sociedades. Os motivos que levam uma pessoa a cometer suicídio são variados, multifatoriais e complexos: abrangem desde agravos de saúde mental, uso de álcool e outras drogas, vulnerabilidade social, discriminação, doenças crônicas, impulsividade e desespero, entre outros. As evidências apontam que a maioria dos casos de suicídio poderiam ter sido evitados e que as intervenções preventivas são necessariamente intersetoriais e muitas vezes, incluem estratégias efetivas e de baixo custo (OPAS; OMS, 2018).

O contexto das violências autoprovocadas abrangem outros comportamentos além do suicídio. Pois, a automutilação ou autolesão, assim como o suicídio, é uma forma de auto violência que pode acontecer de várias maneiras, desde beliscões, queimaduras, pancadas, surrar-se, cortar-se (lesão por objeto perfurocortante), entre outros (CID 10, [s.d.]). No entanto, o termo automutilação se refere popularmente ao ato de cortar a própria pele superficialmente, sem a intenção consciente de morrer, por isso não configura tentativa de suicídio. A automutilação está relacionada a disfuncionalidade do mecanismo de adaptação e/ou dificuldade de lidar com emoções, e nesse contexto, o ato de infligir-se dano e sentir dor física promove alívio de tensão para quem o pratica (FORTES; MACEDO, 2017; GRATZ, 2001; SARNO; MADEDDU; GRATZ, 2010; SILVA; BOTTI, 2017; SKEGG, 2005).

De acordo com estudos sobre automutilação durante o ciclo vital, o comportamento auto lesivo é predominante na adolescência. Este comportamento tem taxa de ocorrência mais alta entre as meninas, considerando adolescentes entre 13 e 15 anos ou mais de idade. Os estudos sobre a prevalência da autolesão ainda são incipientes no Brasil. No entanto, percebe-se aumento desta prática também entre os adolescentes brasileiros (CEDARO; NASCIMENTO, 2013). São alguns dos fatores e/ou características associados à automutilação em muitos dos adolescentes que participaram de pesquisas: baixa autoestima, dificuldade em expressar emoções, impulsividade, precariedade de suporte familiar, emocional e social, solidão (RONKA et al., 2013), dificuldades interpessoais, autodepreciação, insatisfação com a vida, histórico de situação de violência sexual ou física, discriminação de qualquer ordem, situação de bullying (MCMAHON et al., 2010), transtornos psiquiátricos, uso abusivo de álcool e outras drogas (FLIEGE et al., 2009; GIUSTI, 2013). Quanto aos possíveis fatores protetivos, ainda há carência de estudos (SILVA; BOTTI, 2017).

Apesar da dificuldade de mensurar a ideação suicida, muitos dos adolescentes participantes das pesquisas sobre automutilação informaram desejo de morrer. A prática auto lesiva não suicida configura fator de risco para suicídio e outras formas de auto violência no futuro. Além dos prejuízos físicos e emocionais, essa prática pode aumentar de proporção e intensidade e tornar-se letal (BHUI; MCKENZIE; RASUL, 2007; HAWTON et al., 2002). Considera-se ainda que a adolescência envolve um processo de transição no qual a criança passa por mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Este termo foi concebido socialmente na civilização ocidental e na maioria dos casos ocorre simultâneo à puberdade. Entretanto, podem ocorrer variações devido a fatores socioeconômicos, alimentação, exposição às mídias sociais, entre outros. Além disso, de acordo com a teoria psicossocial do desenvolvimento de Eric Erickson trata-se do período formativo da identidade e de ocorrências de pressões simultâneas (ASSUMPÇÃO JÚNIOR; SPROVIERI, 2005; BEE, 1997; MAGALHÃES, 2017; MAGALHÃES; FILIPAKIS, 2018; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A ocorrência de automutilação e suicídio entre adolescentes tornou-se uma preocupação mundial e os estudos apontam a necessidade de identificar os jovens em maior risco e atuar na prevenção dos comportamentos autodestrutivos. Em estudo de corte longitudinal com 1896 adolescentes (de 12 a 17 anos) na Austrália verificou-se que os participantes que experienciavam angústia psicológica acompanhada de sintomas psicóticos ou sintomas psicóticos persistentes compunham população de risco para comportamentos auto lesivos e suicidas no futuro (MARTIN et al., 2015). Nos Estados Unidos 604 jovens universitários responderam questionário online e após análise por regressão múltipla hierárquica concluiu-se que quanto mais coragem e persistência tiver o indivíduo, maior o risco de comportamentos autodestrutivos. Nesta população o comportamento suicida se manifestou como anseio pela morte. Logo, os níveis de coragem e perseverança modulavam tais comportamentos (ANESTIS; SELBY, 2015).

Na Dinamarca, um estudo transversal de caso-controle considerou 381 pessoas de idade entre 10 e 17 anos hospitalizadas após tentativa de suicídio. Foram utilizados questionários e registros médicos e psiquiátricos. Os resultados apontam como fator de risco para suicídio: relações parentais, fraternas e sociais dissociadas, o consequente sentimento de não ser ouvido e a automutilação. Esses fatores foram identificados em 41,5% da população de estudo e em apenas 4% da população controle (296 escolares). Destaca-se que 62,5% dos participantes hospitalizados tentaram conversar com os pais sobre o que sentiam antes da tentativa de autoextermínio, mas não se sentiram acolhidos. Constatou-se relação entre este sentimento e a permanência da ideação suicida ($p = 0,01$) e $p = 0,003$ quanto à autolesão não suicida (HEDELAND et al., 2016)

Um estudo publicado pela Universidade de Cambridge, na Inglaterra, identificou números de tentativas de suicídio e suicídios efetivados mais altos que o esperado na relação tempo-espaço, fenômeno este denominado *clusters* ou aglomerados. Ao utilizar dados da Austrália Ocidental de 2000 a 2011, com método de análise estatística de varredura discreta de Poisson, concluiu-se que há maior possibilidade de que indivíduos residentes em regiões de baixo nível socioeconômico componham um *clusters* de tentativa de suicídio, comparando-se

a indivíduos que moram em regiões de nível socioeconômico mais alto. No entanto, os mecanismos de formação dos *clusters* ainda são desconhecidos (TOO et al., 2017).

Diante dos dados sobre suicídio e automutilação na adolescência, evidencia-se a necessidade da promoção de saúde mental e de prevenção à violência autoprovocada. Um exemplo de intervenção neste contexto é o projeto *+Contigo* realizado em escolas portuguesas com adolescentes de 13 e 14 anos de idade. A intervenção consiste em 7 encontros grupais em sala de aula, onde são abordados temas como estigma, resolução de problemas e depressão. Foi realizado estudo quase-experimental de caso controle com 2105 adolescentes, dos quais 1571 constituíram população de estudo, participantes do projeto nos anos letivos de 2011/2012 e 2012/2013, e 352 de controle. Houve aplicação do índice de Bem-estar da OMS, entre outros instrumentos, que foram aplicados antes, depois e 6 meses após a intervenção. Concluiu-se que o projeto foi eficaz em promover bem-estar, contribuir com a saúde mental dos adolescentes e desta forma prevenir comportamentos auto lesivos e suicidas (SIMÕES et al., 2018).

O governo brasileiro aderiu ao compromisso lançado pela OMS de reduzir 10% dos óbitos por autoextermínio no mundo até 2020. Desde 2006 o país já tem uma portaria específica que dispõe sobre a prevenção ao suicídio, a Portaria nº 1.867 de 14 de agosto de 2006. Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a agenda de ações e estratégias de vigilância e prevenção ao suicídio e promoção da saúde que prevê o engajamento das secretarias estaduais e municipais de saúde na atuação intersetorial de encontro às complexidades envolvidas no comportamento suicida e também auto lesivo não suicida (BRASIL, 2006, 2017).

No Tocantins, as taxas de suicídio, tentativas não efetivadas e automutilação não suicida também são alarmantes. Na capital Palmas, os atendimentos são realizados por toda a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, de acordo com os níveis de atenção em saúde. Em 2016, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II iniciou o grupo *Musicalizando*, sendo um grupo operativo fechado, com temas previamente delimitados e utilizava-se de clipes musicais como disparador da discussão, tendo realizado 8 encontros. A cada edição eram ofertadas 10 vagas para adolescentes entre 14 e 17 anos de idade. Esta foi uma estratégia para acolher os adolescentes com histórico de violência autoprovocada, prevenir tentativas futuras e otimizar o funcionamento do serviço quanto ao atendimento da demanda crescente (CARRASCO, 2019).

O grupo contava com a participação da psiquiatra da unidade e assim, as demandas de medicação também eram atendidas. Juntamente com residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, residentes de psiquiatria e estagiários de psicologia, o método foi repetido em várias edições e em locais diferentes. Devido à evolução clínica dos participantes, o grupo foi realizado também com jovens adultos, de 18 a 29 anos de idade, com demandas similares.

Do grupo *Musicalizando* nasceu o Plano Piloto de Prevenção ao Comportamento Suicida na Adolescência que tem como objetivo geral

> criar estratégias de intervenção de forma integrada entre saúde coletiva, o atendimento de média e a alta complexidade, a atenção primária e a

> Educação a fim de ofertar formação e orientação aos profissionais da educação a fim de permitir o acesso de tratamento efetivo e contínuo dentro de uma compreensão omnilateral do ser humano (CARRASCO, 2020).

O plano piloto é intersetorial e se desdobra em dois projetos, a saber, *Quanto Vale Uma Vida?* que objetiva trabalhar prevenção ao suicídio e automutilação e promoção deste tema na saúde, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde; e o projeto piloto *Conhecendo talentos para salvar vidas* na área educacional e social (CARRASCO, 2019).

Desta forma, há uma cadeia de políticas, planos, estratégias, projetos de intervenção e projetos de pesquisa interligados a fim de que o plano piloto ocorra, seja avaliado e documentado. Compreende-se que a **OMS** lançou um compromisso, o governo do **Brasil** se comprometeu, o **Ministério da Saúde** lançou Agenda de ações estratégicas e vigilância, a **Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO** propôs o **Plano Piloto** que se divide em **dois projetos de intervenção**. As ações serão monitoradas a partir da **pesquisa *Um Estudo Sobre a Prevenção do Suicídio na Adolescência: quanto vale uma vida?*** e a eficácia do Plano será analisada e documentada a partir do presente trabalho, a **pesquisa PLANO PILOTO DE PREVENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: análise documental de uma ação proposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO**.

1.1 Problema da Pesquisa

Qual a eficácia do Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio na Adolescência por meio dos projetos piloto: *Quanto Vale Uma Vida?*, na saúde e *Conhecendo talentos para salvar vidas*, na educação e no desenvolvimento social na cidade de Palmas/TO?

1.2 Pressupostos

Diante do histórico de estratégias anteriores ao Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência e considerando a bibliografia consultada, pressupõe-se que o Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio e Automutilação na Adolescência na cidade de Palmas/TO seja eficaz.

1.3 Justificativa

Estima-se que cerca de 800 mil pessoas efetivem o suicídio por ano, e para cada suicídio ocorreram várias outras tentativas, de forma que um dos fatores de risco mais preocupante é o histórico de tentativa (s) prévia (s). O suicídio é a segunda maior causa de morte de pessoas entre 15 e 29 anos no mundo, ou seja, adolescentes e jovens adultos (OPAS; OMS, 2018). No Brasil ocorrem cerca de 10 mil suicídios por ano (BRASIL, 2006, 2017). São as três formas de suicídio mais utilizadas: ingestão de pesticidas, enforcamento e disparo por arma de fogo. Ressalta-se que os dados quanto ao suicídio, são incertos devido a subnotificação que acompanha este assunto (OPAS; OMS, 2018).

A realização desta pesquisa se justifica em aspectos científicos, sociais e profissionais. É relevante como produção científica por sistematizar e analisar informações sobre um plano de intervenção piloto. Logo, propõe oferecer evidências a partir de métodos científicos a respeito da efetividade deste plano. Além de promover a interação entre os conhecimentos, estratégias e metas nacionais e internacionais sobre a temática estudada com a realidade local da cidade de Palmas. E assim, ampliar as possibilidades de atuação quanto aos recursos para prevenção do suicídio e autolesão não suicida na adolescência.

Este estudo considera o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Palmas e a Resolução CMS Nº 27 de 22 de maio de 2019 que dispõe sobre a aprovação do Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio e Automutilação na Adolescência (PALMAS, 2019, a). Além da reflexão crítica, esta pesquisa também propõe um produto final para a cidade de Palmas, justificando assim sua relevância social. Porquanto, a partir da análise documental do Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio na Adolescência será confeccionado um relatório final de pesquisa onde estarão sistematizadas as informações pertinentes à avaliação de custo-benefício das estratégias utilizadas nos projetos piloto: *Quanto Vale Uma Vida?*, na saúde e *Conhecendo talentos para salvar vidas,* na educação e no desenvolvimento social. Desta forma, a gestão poderá contar com este feito para refletir a respeito do Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência e das possibilidades de que tais projetos sejam incorporados às políticas públicas municipais de saúde de forma contínua ou permanente.

Este estudo configura-se como Trabalho de Conclusão de Residência. Através de sua realização, a pesquisadora poderá ampliar seu repertório como profissional psicóloga e futura especialista em saúde mental, visto que, os procedimentos de análise documental podem promover conhecimentos quanto à assistência, à gestão e à vigilância em saúde mental, especificamente na temática das violências autoprovocadas. Entende-se, portanto, que esta pesquisa apresenta possibilidades de contribuir com a comunidade científica, com a sociedade palmense e com a pesquisadora.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a eficácia do Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência na cidade de Palmas/TO.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar os procedimentos desenvolvidos no Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência por meio dos projetos piloto: *Quanto Vale Uma Vida?* e *Conhecendo talentos para salvar vidas* na cidade de Palmas/TO;
- Comparar os objetivos traçados com os resultados apresentados pelo Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência por meio dos projetos piloto: *Quanto Vale Uma Vida?* e *Conhecendo talentos para salvar vidas,* na educação e no desenvolvimento social na cidade de Palmas/TO;

- Justificar a consolidação do Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência por meio dos projetos piloto: *Quanto Vale Uma Vida?* e *Conhecendo talentos para salvar vidas* na cidade de Palmas/TO.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento / Desenho do Estudo / Tipo de Estudo

Classificação da pesquisa como documental. Descritiva quanto aos objetivos, pois "tal pesquisa observa, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador" (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.51, 52). Os procedimentos técnicos foram documentais, porque a coleta de dados foi realizada a partir de fontes de segunda mão, como relatório. A relevância da pesquisa documental se apresenta em organizar informações dispersas, ou seja, sistematizar dados de várias fontes a partir de um método de análise (DESLANDES et al., 2002).

A coleta de dados foi retrospectiva, considerando o período de setembro a dezembro de 2019 quando os Projetos foram executados, iniciou-se após aprovação da Comissão Avaliadora de Projetos de Pesquisa – CAPP e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. As fontes de dados foram documentos públicos municipais de acesso restrito (projetos e relatórios de ações da coordenação técnica de saúde mental) e documentos oficiais (portarias, legislações, projetos e relatórios de pesquisa).

3.2 Objeto de Estudo

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio e Automutilação na Adolescência na cidade de Palmas/TO. Este Plano está em consonância à agenda do Ministério da Saúde para que o Brasil coopere com o compromisso internacional de reduzir 10% das mortes por suicídio até 2020.

A pesquisadora é residente em Saúde Mental e por isso teve conhecimento da existência do Plano Piloto, além de participar de Estágio em Comunidade a ele relacionado. Assim, obteve acesso à parte do plano e à informação de que as ações seriam registradas. Logo, tornou-se possível propor este estudo.

Por se tratar de pesquisa documental, o estudo foi realizado a partir de registros documentais como projeto e relatório de intervenção das ações promovidas pelo plano piloto de prevenção ao suicídio na cidade de Palmas/TO. Na coleta de dados não houve interação entre pesquisadora e participantes do plano de intervenção avaliado, pois o objeto de estudo é o plano piloto e não os adolescentes. Os procedimentos de coleta de dados foram exclusivamente documentais.

3.3 Local e Período

Este estudo foi desenvolvido de forma remota, na modalidade home office via tecnologias de informação e comunicação, tendo em vista o distanciamento social devido à

pandemia mundial pelo novo Corona vírus, Sars CoV-2. E ocorreu, no período entre março e setembro de 2020.

3.4 Critérios

3.4.1Critérios de Inclusão

Documentos relacionados ao Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio na Adolescência por meio dos projetos piloto: *Quanto Vale Uma Vida?* e *Conhecendo talentos para salvar vidas* na cidade de Palmas/TO (projeto e relatório de intervenção), portarias e legislações referentes às ações executadas de outubro à dezembro de 2019.

3.4.2Critérios de Exclusão

Documentos ilegíveis ou de origem e autenticidade duvidosa.

3.5 Procedimentos para a Coleta de Dados

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa *Um Estudo Sobre a Prevenção do Suicídio na Adolescência: quanto vale uma vida?* que tem como objetivo "verificar se ações preventivas nos âmbitos da saúde, educação e desenvolvimento social são efetivos para amenizar o comportamento suicida" a partir das intervenções realizadas pelo Plano Piloto de Prevenção ao Suicídio na cidade de Palmas/TO (CARRASCO, 2019, p.2). Desta forma, torna-se possível o acesso a parte do acervo referente ao Plano de Ação como propostas de intervenção e relatório pós-intervenção.

Os dados serão coletados a partir de consulta aos documentos oficiais do Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência por meio dos projetos piloto: *Quanto Vale Uma Vida?* e *Conhecendo talentos para salvar vidas* na cidade de Palmas/TO. No contexto da pesquisa científica, considera-se documento toda fonte de informação a qual seja possível observar, ler, refletir e criticar. Assim, foram consultados os seguintes documentos: projeto inicial e relatório final das ações, além de portarias e legislações norteadoras do projeto. Os procedimentos consistem em duas etapas imprescindíveis que são a coleta e a posterior análise de dados (PRODANOV; FREITAS, 2013; SCHULZE; ALVES, 2019).

3.6 Plano para Análise de Dados

A análise dos dados foi estruturada a partir de avaliação documental. A avaliação documental consiste em avaliar e classificar os documentos em si, interna e externamente. Portanto, consideram-se critérios como: condições do texto (características materiais e estruturais); autenticidade (autor, tempo e circunstâncias de composição, entre outros); origem do texto (a partir da análise para critério de autenticidade) (CÂMARA, 2013; LE GOFF, 1990; PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa (PP) foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), via Plataforma FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28013). Após apreciação e

aprovação, o PP foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da FESP, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos, a Resolução CNS nº 510/16 que normatiza as pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais e a Resolução CNS nº580/18 que normatiza pesquisas no SUS. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da FESP, sob o protocolo CAAE nº 30057020.9.0000.9187 (BRASIL, 2012, 2016, 2018).

A pesquisadora assinou Termo de Responsabilidade com Documentos, utilizado em pesquisas documentais, e Declaração de Comprometimento Ético com a Pesquisa. Como compromisso ético para com a instituição participante e para com os usuários aos quais se referem os registros e toda a comunidade científica, a pesquisadora se comprometeu a não alterar os documentos consultados ou dados coletados, pois "sua única habilidade (do historiador) consiste em tirar dos documentos tudo o que eles contêm e em não lhes acrescentar nada do que eles não contêm. O melhor historiador é aquele que se mantém o mais próximo possível dos textos" (LE GOFF, 1990, p.537). E neste caso, ousa-se a parafrasear Le Goff substituindo *historiador* por *pesquisadora*. Os resultados da pesquisa serão comunicados à instituição participante através da entrega de uma cópia do produto final de pesquisa após apresentação pública deste (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4. RESULTADOS

Foram avaliados dois documentos de segunda mão, a saber: Projeto de Intervenção "Um estudo sobre a prevenção do suicídio na adolescência: quanto vale uma vida?" e Relatório das ações "Relatório do 3º quadrimestre – setembro à dezembro 2019". Realizou-se a avaliação documental, conforme descrito no quadro 1.

AVALIAÇÃO DOCUMENTAL	
PROJETO DE INTERVENÇÃO	**RELATÓRIO DAS AÇÕES**
Condições do texto: adequadas	**Condições do texto:** adequadas
Arquivo digital, formato PDF, 8 laudas; documento apresenta-se legível, formatação e estética funcionais. Redação coerente e coesa, conforme a língua padrão, no idioma português brasileiro.	Arquivo digital, formato Word, 27 laudas; documento apresenta-se legível, formatação e estética funcionais. Redação coerente e coesa, conforme a língua padrão, no idioma português brasileiro.
Autenticidade: adequada	**Autenticidade:** adequada
Documento elaborado pela coordenadora da pesquisa (aplicada interventiva) que também é psicóloga da área técnica da Diretoria de Alta e Média Complexidade / Coordenação de Saúde Mental. Emitido em 2019, projetando uma intervenção composta de várias estratégias e ações.	Documento elaborado pela psicóloga da área técnica da Diretoria de Alta e Média Complexidade / Coordenação de Saúde Mental, que também é coordenadora da pesquisa (aplicada interventiva) que propôs ações para o projeto em questão. Emitido em 2019, relatando as intervenções realizadas a partir de várias estratégias e ações.
Origem do texto: adequada	**Origem do texto:** adequada

Documento original do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins – IFTO, Campus Palmas. Acesso disponibilizado à pesquisadora pela coordenadora do projeto relatado no documento.	Documento original da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO no modelo de memorando, tendo como remetente a Coordenação de Saúde Mental e destinatário a Assessoria de Planejamento. Acesso disponibilizado à pesquisadora pela psicóloga da área técnica da Diretoria de Alta e Média Complexidade / Coordenação de Saúde Mental.

Quadro 1: Avaliação documental do Projeto de Intervenção e do Relatório das Ações.

Além da avaliação documental, foi realizada a análise dos documentos a partir de leitura minuciosa e exaustiva de seus conteúdos. Desta forma foi possível comparar os objetivos do projeto, os resultados esperados e os resultados obtidos a partir das ações desenvolvidas. Estes dados estão disponíveis no quadro 2.

ANÁLISE DOCUMENTAL		
OBJETIVOS	**RESULTADOS ESPERADOS**	**RESULTADOS OBTIDOS**
• Modificar os objetivos do grupo musicalizando de tratamento para prevenção e promoção de saúde assim, o mesmo poderá ser realizado não somente na rede de saúde, mas na rede de educacional e de desenvolvimento social; • Possibilitar um espaço de diálogo e cuidado identificando fatores de risco e elencando fatores de proteção ao suicídio na adolescência; • Oportunizar um espaço para a reflexão acerca do suicídio,	• Articulação da Rede de Atenção Psicossocial com outras instituições parceiras por meio de cooperação técnica que permita ações interinstitucionais; • Ampliar significativamente a Rede de Atenção Psicossocial na cidade de Palmas-TO, oferecer dados para políticas públicas e sensibilização sobre o tema suicídio, de forma direta, os adolescentes, e de forma indireta, a comunidade na qual ele está inserido.	• 1916 pessoas impactadas com as ações nos setores: educação, saúde, desenvolvimento social e justiça; sendo profissionais, adolescentes usuários das políticas públicas e seus responsáveis, além de estudantes e universitários; • Quanto ao grupo terapêutico *muzicalizando* (saúde), especificamente: "os resultados obtidos pelo grupo foram muito efetivos, pois possibilitaram que o fluxo de atendimento andasse, os pacientes foram atendidos e

automutilação e perspectiva de vida; • Fortalecer a RAPS através da aproximação das unidades de referência para com o território, reconhecendo as demandas e especificidades deste; • Fomentar o conhecimento e atualização científica entre os profissionais de saúde envolvidos, fortalecendo a rede de cuidado.		melhoraram significativamente e com a diminuição da necessidade medicamentosa, conforme relatado nas reuniões de equipe". Apontou-se ainda o "crescimento significativo de uma relação que passou a ser interdisciplinar e muito eficiente, inclusive pelos técnicos administrativos e os auxiliares de serviços gerais" (PALMAS, 2019 b, s/p).

Quadro 2: Análise documental.

Quanto aos procedimentos, foram propostas as seguintes ações no projeto de intervenção:

- **Na saúde:** atendimento de grupo aos adolescentes (usuários) e matriciamento aos profissionais de saúde;
- **Na educação:** ações de prevenção do suicídio na adolescência em unidades escolares através do projeto "Conhecendo Talentos para Salvar Vidas". Sensibilização dos pais e professores, e ações com os adolescentes estimulando por meio de ações artísticas o desenvolvimento de hábitos sociais e emocionais importantes para o bem-estar mental e social;
- **Desenvolvimento social:** ainda estava em elaboração das propostas quando o projeto foi disponibilizado para este estudo.
- **Na justiça:** não foi mencionada nas propostas até o momento em que o projeto foi disponibilizado para este estudo.

A proposta anexada ao Relatório das Ações aponta a necessidade de 4 psicólogos efetivos para a coordenação do plano, realização de palestras e atendimentos, além da cooperação técnica intersetorial e universitária. Quanto à educação, a proposta do projeto "conhecendo talentos para salvar vidas" descreve como alvo das ações 39 escolas públicas de Palmas-TO, com adolescentes de 12 a 17 anos de idade.

A partir da análise documental, foram identificados os procedimentos realizados pelo projeto por meio de diversas estratégias, a saber:

- **Na saúde:**

→ Instituição/cenário: - Conselho Municipal da Saúde; - Diário Oficial do Município de Palmas; - CSCs das quadras 207, 403, 108, 210, 1304, 1206, 1103 e 806 Sul; - 6º Fórum

de Saúde Mental – Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP/ULBRA; Rede de Saúde de Palmas.

→ Ações: - Apresentação do Plano de Ação; - Resolução nº27 de 22 de maio de 2019; - Matriciamento sobre o fluxo; - Sensibilização sobre os mitos do suicídio com adolescentes; - Matriciamento sobre notificação compulsória e fluxograma da Rede Municipal de Saúde; - Atendimentos compartilhados; - Psicoterapia; - Terapia de Grupo.

- **Na educação:**

→ Instituição/cenário: - Escola de Tempo Integral Proª Elizângela Glória Cardoso; - IFTO; - Secretaria Municipal de Educação; - Universidade Federal do Tocantins – UFT; - CEULP/ULBRA; - Secretaria Estadual de Educação / Gerência da Educação Indígena.

→ Ações: - Sensibilização sobre suicídio; - Matriciamento sobre suicídio, estratificação de risco e notificação de violência autoprovocada (profissionais, pais, comunidade escolar).

- **No desenvolvimento social:**

→ Instituição/Cenário: - Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE; - Secretaria de Cidadania e Justiça - SECIJU.

→ Ações: - Atividade de grupo sobre os mitos do suicídio com adolescentes; - Matriciamento: estratificação de risco do comportamento suicida e automutilação na adolescência e encaminhamento via fluxo; - Sensibilização sobre os mitos do suicídio com adolescentes.

- **Na Justiça:**

→ Instituição/Cenário: - Ministério Público do Estado do Tocantins; - Defensoria Pública do Estado do Tocantins.

→ Ações: - Sensibilização sobre os mitos do suicídio com adolescentes; - Sensibilização sobre manejo, identificação e encaminhamento.

Como resultado das ações executadas por meio do Plano Piloto, 1916 pessoas foram impactadas, das quais 1139 através do setor educação, 437 através do setor saúde, 215 através do setor justiça e 125 através do setor desenvolvimento social. A figura 1 representa graficamente a divisão percentual dessas pessoas por setor.

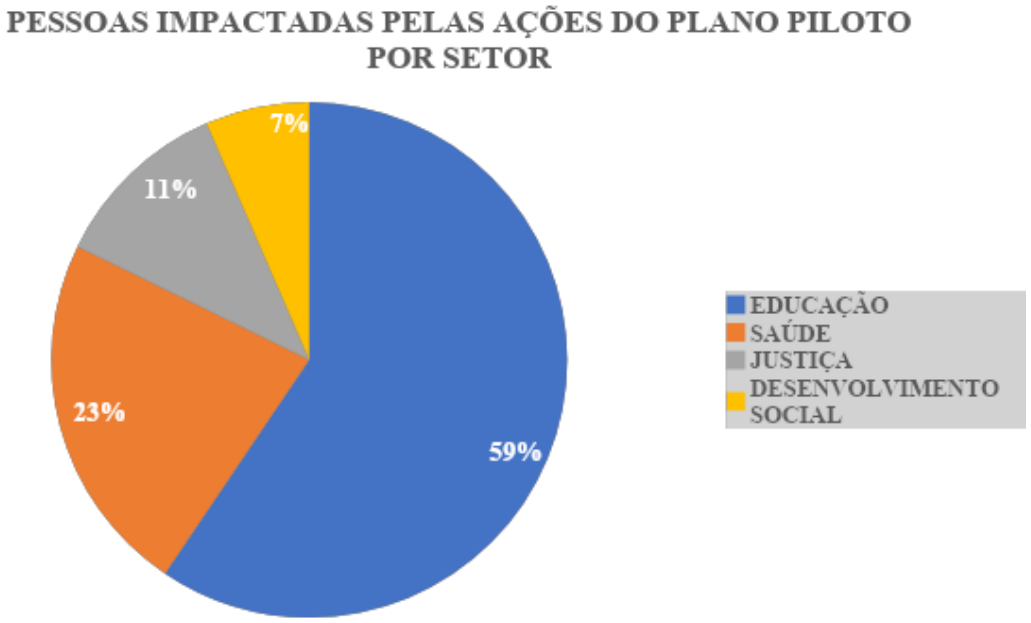


Figura 1: Representação gráfica do percentual de pessoas impactadas pelas ações do Plano Piloto por setor.

Das 1916 pessoas impactadas pelas ações do Plano Piloto, 965 são profissionais (educação, saúde, desenvolvimento social e justiça), 497 pessoas da comunidade em geral, 284 são adolescentes (escolares e/ou usuários do SUS) e 170 são estudantes universitários. Esta divisão está demonstrada em porcentagem na figura 2.

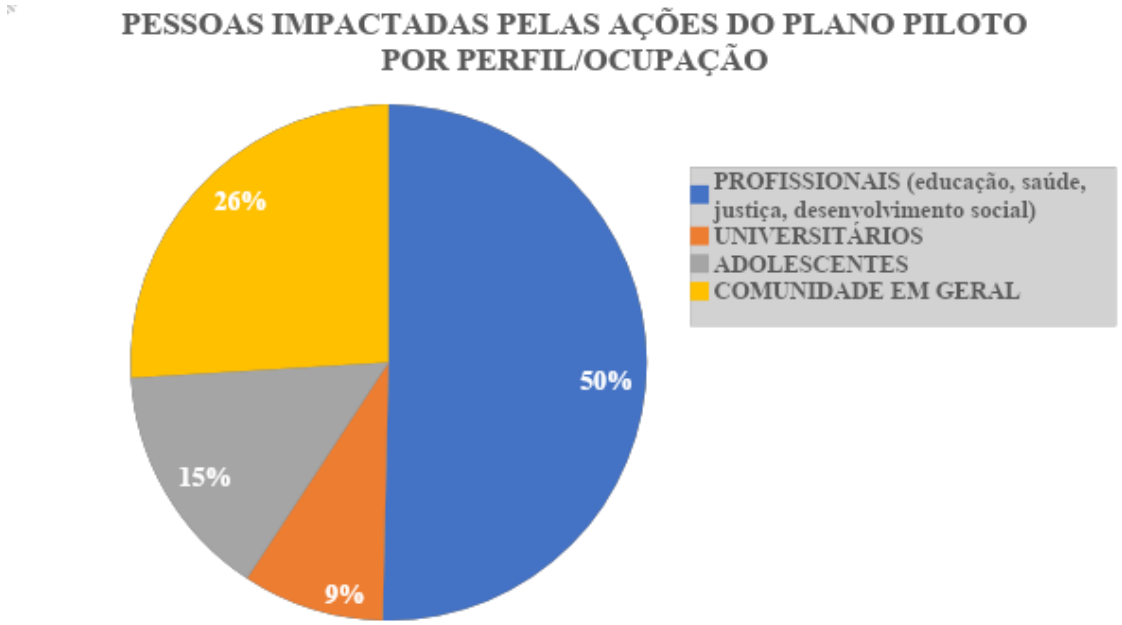


Figura 2: Representação gráfica do percentual de pessoas impactadas pelas ações do Plano Piloto por perfil/ocupação.

O Relatório das ações informa ainda que a Resolução Nº 27 de 22 de maio de 2019 que dispõe sobre a aprovação do Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio e Automutilação na Adolescência apresentou o número de 3263 downloads (PALMAS, 2019 a).

Além das articulações, apoio e cooperação técnica intersetoriais e universitários, 21 pessoas estiveram diretamente envolvidas na execução das ações mencionadas, conforme especificado no quadro 3 (extraído e adaptado do Relatório das ações).

PESSOAS DIRETAMENTE ENVOLVIDAS NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES			
PROJETO/ATIVIDADE	**ÁREA DE ATUAÇÃO**	**Nº**	**VÍNCULO**
Coordenação, preceptoria, supervisão de campo.	Psicologia	1	Efetivo
Conhecendo talentos para salvar vidas. (Elizângela e IFTO)	Psicologia	2	Residentes em Saúde Mental – FESP (Estágio na Comunidade)
	Enfermagem	2	
	Farmácia	2	
	Serviço Social	1	
	Serviço Social	1	Residente em Saúde Coletiva – FESP (Estágio na Comunidade)
Quanto vale uma vida? NASF Matriciamento (CSCs)	Psicologia	4	Residentes em Saúde Mental - FESP (Cenário de prática)
	Enfermagem	4	
	Farmácia	2	
	Serviço Social	2	
	Terapia Ocupacional	1	
Quanto vale uma vida? NASF Matriciamento, atendimento em grupo e psicoterapia (207 SUL)	Medicina	2	Residentes em Psiquiatria (UFT)
	Psicologia	2	Efetivas SEMUS: 1 coordenadora do plano e coordenação de grupo 1 psicóloga NASF
	Psicologia (estágio - 8º período de graduação)	4	Estágio Curricular em Psicologia (CEULP/ULBRA)
TOTAL DE PESSOAS:		**21**	

Quadro 3: Pessoas diretamente envolvidas na execução das ações.

Houveram algumas dificuldades e intercorrências durante o desenvolvimento do projeto. A saber, o grupo (saúde) com foco na prevenção e promoção de saúde para adolescentes com planejamento suicida, sem tentativa prévia e automutilação, que era para ocorrer na 108 Sul não aconteceu por falta de participação dos pacientes. A parte da proposta referente ao desenvolvimento de oficinas de artes não ocorreu por falta de verba e materiais. No período a que se refere esse estudo, não ocorreram ações nas 39 unidades escolares descritas como alvo de intervenções. As ações no setor Judiciário não estavam previstas na proposta inicial o que aponta para a consolidação do plano piloto, visto que, suas ramificações extrapolaram os "muros" dos objetivos delimitados inicialmente.

5. DISCUSSÃO

Este estudo reforça a importância das ações de prevenção e promoção em saúde mental. Visto que, as evidências apontam que a maioria dos casos de suicídio poderiam ter sido evitados e que as intervenções preventivas são necessariamente intersetoriais e muitas vezes, incluem

estratégias efetivas e de baixo custo (OPAS; OMS, 2018). Logo, compreende-se a relevância dos procedimentos adotados pelo Plano Piloto.

Ações de sensibilização de profissionais, familiares e comunidade em geral a respeito do suicídio na adolescência faz jus ao compromisso social que todos os cidadãos tem para com os adolescentes, assim como para com as crianças. Adolescentes são motivo de preocupação mundial quando o assunto é violência autoprovocada, seja suicida, ou não suicida (MARTIN et al., 2015). E, no Brasil não é diferente. No Tocantins, e em Palmas especificamente, como mencionado anteriormente, há fragilidade quanto aos dados, mas a demanda é crescente (CARRASCO, 2019).

Além de relações parentais, fraternas e sociais dissociadas e a automutilação, o sentimento de não ser ouvido também é identificado como fator de risco para tentativas de suicídio entre adolescentes (HEDELAND et al., 2016). Desta forma, há mérito nas ações desenvolvidas frente ao setor educacional, tanto na gestão, quanto nas escolas. Uma vez que, a escola se apresenta como ambiente estratégico para prevenção e promoção em saúde mental e valorização à vida. O contexto escolar impulsiona as intervenções a alcançar grande número de pessoas, como apontado pelos números de pessoas impactadas pelo Plano Piloto no setor educação. Além disso, a comunidade escolar e suas dependências físicas facilitam o acesso entre profissionais de saúde mental e adolescentes. As atribuições dos responsáveis legais quanto aos adolescentes e sua integridade não é e não deve ser amenizada. No entanto, em situações em que o adolescente e sua família apresentam resistência ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental, a escola pode vir a ser uma ponte para que esse adolescente receba a assistência devida e tenha seus direitos garantidos.

McMahon (et al., 2009) aponta questões sociais, como por exemplo dificuldades interpessoais e solidão; bullying e conflitos emocionais como fatores de risco para o comportamento auto lesivo na adolescência. Desta forma, a escola mostra-se um ambiente propício para a educação em saúde, desenvolvimento nos quesitos de inteligência emocional, habilidades sociais, resolução de problemas e cultura de paz. Além de que, em alguns casos, é na escola que muitos sinais de comprometimento em saúde mental, como transtornos mentais e comportamento suicida, e situações de violência, que também são fatores de risco para suicídio são percebidos pela primeira vez (FLIEGE et al., 2009).

Ainda no contexto de prevenção e promoção de saúde, cita-se o Projeto +*Contigo* executado em escolas portuguesas, acompanhado de pesquisas, que indica a eficácia, inclusive a longo prazo (avaliações realizadas antes, após e 6 meses após as intervenções) de intervenções em ambiente escolar (SIMÕES et al., 2018).

A partir dos resultados obtidos neste estudo, infere-se que os objetivos do Plano Piloto foram alcançados com êxito. E assim, sua consolidação como política pública municipal se justifica por estar de acordo com a agenda do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) e por apresentar aceitação de setores como saúde, educação, desenvolvimento social e justiça; comunidade e controle social em saúde, por meio do Conselho Municipal de Saúde, pelo qual foi aprovado, como consta na resolução CMS nº 27 de 22 de maio de 2019 (PALMAS, 2019 a).

O Plano Piloto apresentou ações de grande impacto e alcance, por meio de tecnologias leves e relação custo benefício positiva, em sua ênfase na prevenção e promoção, e quando em recuperação de saúde, identificou-se, através da análise documental, o uso de terapêuticas não reducionistas e medicalizantes. Pelo contrário, constata-se a ética e clínica biopsicossocial através dos documentos relativos ao Plano, tanto projeto de intervenção, quanto relatório de ações.

O Plano teve êxito para além das expectativas apreendidas através de seu projeto. Um exemplo disso são as ações executadas junto ao setor justiça, que não constava no projeto como público alvo, no qual 215 pessoas foram impactadas. Tais resultados são referentes a um quadrimestre de execução e com poucos recursos (humanos e materiais) disponíveis. Ora, este fator sugere a possibilidade de maior eficácia a partir da continuidade e ajustes das estratégias, pois, se trata de um plano piloto. Considera-se também aumento do impacto das ações, caso as solicitações de recursos humanos e materiais sejam atendidas.

O Plano Piloto de Prevenção ao Comportamento Suicida e Automutilação na Adolescência é uma proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO que se apresenta por meio de dois projetos amplos ("Quanto vale uma vida?" e "Conhecendo talentos para salvar vidas"). Tal Plano demonstrou ser potente quanto a atuação em três eixos conforme a agenda do Ministério da Saúde; vigilância e qualificação da informação (Eixo I), prevenção do suicídio e promoção da saúde (Eixo II) e gestão e cuidado (Eixo III) (BRASIL, 2017; CARRASCO, 2019; PALMAS, 2019 b). Ressalta-se ainda o mérito de promover articulações intersetoriais, tão necessárias para a promoção de saúde e enfrentamento de questões tão complexas como a violência autoprovocada na adolescência.

6. CONCLUSÃO

Considera-se que os objetivos deste trabalho foram alcançados. Visto que foi avaliada a eficácia do Plano Piloto de Prevenção ao Comportamento Suicida e Automutilação na Adolescência na cidade de Palmas-TO. Isso ocorreu a partir da análise dos procedimentos desenvolvidos pelo Plano, a comparação entre objetos traçados e resultados alcançados e a justificativa da consolidação do Plano Piloto como política pública contínua ou permanente na cidade de Palmas-TO.

Diante do histórico de estratégias anteriores ao Plano de Ação de Prevenção ao suicídio na adolescência, considerando a bibliografia consultada e a partir da análise documental do Plano Piloto, realizada através deste estudo, confirmou-se o pressuposto de que que o Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio e Automutilação na Adolescência na cidade de Palmas/TO é eficaz.

O problema de pesquisa deste estudo consiste no questionamento "Qual a eficácia do Plano de Ação de Prevenção ao Suicídio na Adolescência por meio dos projetos piloto: Quanto Vale Uma Vida?, na saúde e Conhecendo talentos para salvar vidas, na educação e no desenvolvimento social na cidade de Palmas/TO?". Em consonância com os resultados e discussões outrora mencionados, infere-se que a eficácia é correspondente às expectativas e recursos empregados, quiçá, maior que as pretensões iniciais.

Caso haja a continuidade das ações referentes ao Plano Piloto, sugere-se a continuidade da avaliação e acompanhamento em pesquisa para que o Plano possa continuar sendo resolutivo, consolidado e ajustável, sempre que necessário. Além de que a produção acadêmico-científica possibilita a contribuição para com outras localidades e profissionais. Visto que, se trata de uma experiência intersetorial, exitosa, funcional e sustentável.

REFERÊNCIAS

ANESTIS, M. D.; SELBY, E. A. Grit and perseverance in suicidal behavior and non-suicidal self-injury. **Death Studies**, v. 39, n. 1–5, p. 211–218, 2015.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B.; SPROVIERI, M. H. S. **Deficiência Mental: Sexualidade e família**. Barueri: Manole, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BHUI, K.; MCKENZIE, K.; RASUL, F. Rates, risk factors & methods of self harm among minority ethnic groups in the UK: A systematic review. **BioMed Central Public Health**, v. 7, n. 336, p. 1–14, 2007.

BRASIL. **Portaria nº1.867 de agosto de 2006**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução nº 466, DE 12 de dezembro 2012**. Brasília-DF, Brasil: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Resolução nº510 de 7 de abril de 2016**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e a Promoção da Saúde no Brasil: 2017-2020**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, C. N. DE S. DO. **Resolução CNS Nº580 de 22 de março de 2018**.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179–191, 2013.

CARRASCO, L. M. C. M. **Um Estudo Sobre a Prevenção do Suicídio na Adolescência: quanto vale uma vida?** [s.l.] Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins, 2019.

CARRASCO, L. M. C. M. **PLANO DE AÇÃO: prevenção do suicídio e automutilação na adolescência**. Palmas-TO: [s.n.].

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, v. 24, n. 2, p. 203–223, 2013.

CID 10, C. E. I. DE D. E P. R. À S. **Lista CID 10**. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/cid10/x.htm>.

DESLANDES, S. F. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

FLIEGE, H. et al. Fatores de risco e correlatos do comportamento deliberado de automutilação: uma revisão sistemática. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 66, n. 6, p. 477–493, 2009.

FORTES, I.; MACEDO, M. M. K. Automutilaçâo na adolescência - rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente**, v. 20, n. 38, p. 353–367, 2017.

GIUSTI, J. S. **Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo compulsivo**. [s.l.] Universidade de São Paulo - USP, 2013.

GRATZ, K. L. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 23, n. 4, p. 253–263, 2001.

HAWTON, K. et al. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7374, p. 1207–1211, 2002.

HEDELAND, R. L. et al. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. **Acta Paediatrica**, v. 105, n. 10, p. 1231–1238, 2016.

LE GOFF, J. **História e memória**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990.

MAGALHÃES, G. **As relações afetivo-sexuais entre adolescentes na pós-modernidade**. [s.l.] Centro Universitário Luterano de Palmas, 2017.

MAGALHÃES, G. S.; FILIPAKIS, C. D. **As Relações Afetivo-sexuais entre adolescentes na Pós-Modernidade**. (Congresso Acadêmico de Saberes em Psicologia - CAOS, Ed.)Psicologia e Tecnologias: desafios contemporâneos. **Anais**...Palmas-TO: Anais CAOS V. 3 (2018), 2018Disponível em: <http://ulbra-to.br/caos/edicoes/2018/artigos>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTIN, G. et al. Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 2, p. 429–437, 2015.

MCMAHON, E. M. et al. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 7, p. 1300–1307, 2010.

OPAS, O. P. DE S. B.; OMS, O. M. DE S. **Folha informativa - Suicídio**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>.

PALMAS, D. O. DE. **Resoluçaõ Nº27 de 22 de maio de 2019**. Disponível em: <http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/2261-12-6-2019-20-35-46.pdf>.

PALMAS. Leny Meire Correa Molinari Carrasco. Diretoria de Alta e Média Complexidade. **Relatório do 3º quadrimestre - setembro à dezembro**. Palmas: Semus, 2019. 27 p.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RONKA, A. R. et al. Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 Study. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 72, n. 1, p. 1–8, 2013.

SARNO, F.; MADEDDU, K. L.; GRATZ, K. L. Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. **European Psychiatry**, v. 25, n. 3, p. 136–145, 2010.

SCHULZE, M. D.; ALVES, A. C. M. No limite do psíquico e do legal: a transgeracionalidade em processos de destituição do poder familiar. **Revista Opinión Jurídica**, v. 18, n. 36, p. 209–231, 2019.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 18, p. 67–76, 2017.

SIMÕES, R. M. P. et al. Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 36, n. 1, p. 1–7, 2018.

SKEGG, K. Self-harm. **The Lancet**, v. 366, n. 9495, p. 1471–1483, 2005.

TOO, L. S. et al. Clusters of suicides and suicide attempts: detection, proximity and correlates. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 26, n. 5, p. 491–500, 2017.

O perfil epidemiológico de mortalidade do suicídio: uma reflexão dos indicadores sociais em Palmas-TO, 2017-2019

Introdução

As causas externas por décadas permanecem se destacando no cenário epidemiológico do Brasil e do mundo[1]. Os acidentes e violências têm determinado um importante impacto na saúde das populações em vários países[2]. O cenário epidemiológico das causas externas na sociedade capitalista impacta a realidade social da população, bem como interfere na forma de produzir saúde.

Dentre as causas externas - as violências autoprovocadas - os suicídios, assim como, as tentativas, têm gerado grande investimento para os sistemas de proteção social e cuidados com a saúde, provocando elevados gastos aos cofres públicos. Os gastos na saúde, como por exemplo, com procedimentos hospitalares, internações e tratamentos, assim como, na seguridade social com o aumento do pagamento de pensões e aposentadorias por mortes ou invalidez[3]. Apesar dos gastos com cuidados de atenção à saúde e dos custos econômicos em relação a perda de vida produtiva por morte, incapacidade ou prisão, ainda há poucos estudos para avaliar o impacto econômico dessas causas[4].

A saúde pública tem sido constantemente impactada pelas taxas de morbimortalidade. No Brasil, "o suicídio foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, estando atrás apenas dos acidentes de trânsito"[5(sp)]. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1 milhão de óbitos, ou 1,4%, são decorrentes do suicídio[6]. No Brasil, entre 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, já no período de 2011 o número correspondeu a 5,3 e variou com 5,7 em 2015, fato esse de grande magnitude que deve ser enfrentado[7].

O cenário nacional de mortalidade do suicídio apontou sobre a necessidade do uso de ferramentas de controle e fiscalização, para orientação dos serviços de saúde. Os indicadores sociais contribuem com o trabalho de vigilância em saúde, bem como

possibilitam a identificação das desigualdades sociais relacionadas às condições de pobreza e falta do acesso a serviços, programas, projetos e benefícios sociais[8]. Esses indicadores podem auxiliar os profissionais de saúde na construção do perfil epidemiológico e mapeamento dos territórios que apresentem maior risco e vulnerabilidade social.

Assim, foi utilizada a fonte de dados secundários para validar a existência de evidências, que comprovem a eficácia dos indicadores sociais enquanto estratégia de trabalho. Portanto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), órgão da administração pública federal, vinculado ao Ministério da Economia, realiza, bem como, disponibiliza periodicamente estudos e análises estatísticas relacionadas ao território, população, economia e condições de vida da população. Dessa forma, os dados referentes à educação, saneamento básico e renda que se encontram descritos nesta pesquisa são resultantes da extração dos dados disponibilizados pelo IBGE no período de análise deste estudo.

Nesse sentido, a variável educação constitui-se em um importante indicador social que possibilita a verificação de outros aspectos sociais que podem implicar de forma direta ou indireta na condição social do indivíduo, como o nível de escolaridade, a taxa de analfabetismo, as desigualdades no acesso a educação, a frequência escolar, entre outros fatores[9].

O saneamento básico é outra variável de suma importância e que possui incidência direta na qualidade de vida da população, pois, o acesso precário ou a falta aos meios adequados de saneamento corrobora para o aparecimento de inúmeras doenças na população, bem como, na degradação do meio ambiente.

Através da distribuição de renda da população em geral é possível realizar análises das desigualdades regionais, bem como, no estudo de outros fatores sociais, econômicos e de saúde que interferem ativamente nas condições de vida dos indivíduos.

Nesta perspectiva, este estudo apresenta o perfil de mortalidade do suicídio no município de Palmas, associados a reflexão dos indicadores sociais. Descreve as condições sociodemográficas, a evolução dos óbitos no período listado, bem como a taxa bruta de mortalidade. A fim de estimular a produção de estudos epidemiológicos e estatísticos com base na realidade social de determinada situação de saúde, esta pesquisa apresenta relevância para a saúde coletiva, ao identificar vulnerabilidades sociais e

necessidades de saúde, tendo em vista, mudanças dos processos de trabalho e das práticas de prevenção e promoção da saúde, e mais especificamente sobre o enfrentamento do suicídio.

É importante destacar, que para mudança da realidade de saúde se faz necessário fortalecer a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências[10] e a Política Nacional de Promoção de Saúde[11] a fim de promover equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, potencializando a saúde e reduzindo vulnerabilidades e riscos decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais[11].

Métodos

Esta pesquisa apresenta relevância de estudo epidemiológico, com abordagem descritiva do método quantitativo. Foram utilizadas fontes de dados secundárias do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), prontuário eletrônico do Sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O período de estudo nos anos de 2017 a 2019, obteve uma amostra de 58 óbitos por residentes em Palmas. O período estabelecido compreende a data de implantação do e-SUS, no município de Palmas, sendo esta a ferramenta que supostamente haveria informações qualitativas dos indicadores sociais.

Para a coleta de dados, foi utilizado ainda, um roteiro baseado na declaração de óbito, na qual, foi filtrado os dados no SIM e no e-SUS, com o objetivo de analisar relatos dos profissionais de saúde à respeito do perfil social da população que veio a óbito por suicídio. Dessa forma, para a construção do perfil epidemiológico e sua relação com os indicadores sociais, as variáveis analisadas foram: sexo; faixa etária; raça/cor; gênero; escolaridade; deficiência/transtornos; situação conjugal; ocupação; renda; benefícios; habitação; condição de moradia; saneamento/água; esgoto; lixo; energia elétrica; acesso aos dispositivos de saúde/assistência; fonte de informação e local de ocorrência do óbito.

A coleta dos dados pelo sistema de prontuário do e-SUS teve como objetivo na identificação de informações inerentes às condições sociodemográficas da amostra da

pesquisa. As informações coletadas foram disponibilizadas por meio de planilha excel para a análise dos dados, sendo transformado em forma de porcentagem o resultado obtido. A consideração das variáveis educação, saneamento e renda foram subsidiadas pelas pesquisas realizadas periodicamente pelo IBGE e utilizadas para o conhecimento acerca desses indicadores sociais nos anos equivalentes aos dados da pesquisa.

Os dados após estratificados no sistema de informação do SIM foram tabulados pelo programa Tabwin versão 4.1, a partir de gráficos e tabelas. Os resultados representam série histórica da evolução dos óbitos de suicídio no período listado. O cálculo da taxa bruta de mortalidade desses óbitos ocorridos no período de um ano, foi calculado por cem mil habitantes em relação à estimativa anual da população total do município segundo o IBGE. Já, a causa básica do óbito está em conformidade com a classificação internacional de doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde, a partir de informações padronizadas sobre a codificação de doenças relacionadas à saúde.

Foi utilizado o método de análise de componentes principais (PCA) e recurso do software R (R Core Team, 2020) com o pacote Stats. A matriz de dados apresentou dimensões 58 x 8, para análise de 58 amostras por 8 variáveis. Os dados foram previamente auto escalados e centrados, antes de serem submetidos à análise de componentes principais, uma vez que há uma grande variação de respostas das diversas variáveis, ou seja, diferem em ordem de grandeza.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com aprovação pelo número do CAAE: 32014620.10000.9187 e parecer de número: 4.060.282. Todos os procedimentos desenvolvidos na pesquisa encontram-se em conformidade com o CNS nº 466/12 e suas complementares, bem como, a CONEP n°001/13, especialmente no que se refere à integridade e proteção dos participantes em pesquisa.

Resultados

Os coeficientes de óbitos de suicídio da população de Palmas (TO) estão descritos na **Figura 1. Número absoluto de óbitos e coeficientes de óbitos por suicidio**. Em 2017 houveram 14 óbitos, e coeficiente de 4,9 por 100 mil habitantes, em

2018 houveram 24 óbitos e coeficiente de 8,0 por 100 mil habitantes, em 2019 foram 20 óbitos e coeficiente de 6,5 por 100 mil habitantes. Pode-se observar uma tendência crescente de suicídios de 2017 a 2018 de 71% e um decréscimo de 2018 a 2019 de 17%.

As componentes CP1 e CP2 descrevem 38,2% da variação total dos dados e fornecem informações discriminatórias das amostras. A primeira componente principal (CP1) descreve apenas 20,7% da variação total e a segunda (CP2) 17,5%.

Por meio da **Figura 2. Análise de componentes principais (PCA) (a) porcentagem da variância por dimensão,** foi possível constatar a importância de cada variável neste conjunto de dados, pois explica 100% da variância na oitava dimensão. Ainda na, **Figura 2. Análise de componentes principais (PCA) (b) gráfico de *'loadings'*,** se observa a influência das variáveis sobre as amostras. Constata-se que as variáveis faixa etária, ocupação e sexo tem uma maior influencia das amostras em 38,2% de variância, por outro lado, a variável escolaridade não tem grande influência.

A **Figura 3. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) ocupação; (b) faixa etária e (c) sexo.** Analisando a figura, é possível observar a discriminação entre grupos, ou seja, com um comportamento distinto pelas amostras classificadas pela ocupação, ou pela faixa etária ou pelo sexo. **Na Figura 3. (a) ocupação e (b) faixa etária,** a CP1 (20.7%) é responsável pela distinção das variáveis, por sua vez essas são altamente correlacionadas. Por outro lado, **na figura 2. (c) sexo** a CP2 (17,5%) explica a distinção entre o sexo.

Contudo, conforme apresenta a **Figura 4. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) escolaridade; (b) cor; (c) tipo de óbito e (d) local da ocorrência**, as variáveis como: escolaridade, raça/cor, tipo de óbito e local da ocorrência não apresentaram distinção entre as amostras.

Dos óbitos registrados, 22,4% representam o sexo feminino e 77,5% são masculinos. Na faixa etária, a maior frequência de suicídio ocorreu nas faixas de 21-30 anos com 24,1%, seguidos de 31-40 anos, 18,9%, diminuído os níveis a partir dos 41-50 anos, 20,6%, 51-60 anos, 6,8% e apenas >61 anos apresentou 10,3%.

Já, a raça/cor mais representativa são os pardos com 65,5% e brancos com 27,5%. Não foi registrado nenhum óbito em pessoas com raça/cor amarela e indígena, e apenas 1,7% são da cor preta.

Em relação à variável escolaridade, as taxas variam sendo o ensino fundamental I de 1,7%, fundamental II 10,3%, médio representam 15,5%, superior completo são 24,1%, nível superior incompleto apenas 17,2% e 31,0% não especificados.

A situação conjugal é descrita em sua maioria pelos solteiros que chegam a 55,1%, aqueles que são casados ou com união consensual apontam 22,4%, os de união estável com 10,3% e os separados 5,1%.

A ocupação corresponde a 27,5% sendo de estudantes, motorista de carro de passeio 8,6% e representante comercial autônomo 6,8%. Já a grande maioria das categorias profissionais, a exemplo, comerciante varejista, advogado, servente de obras, agente de segurança, gerente administrativo e aposentado/pensionista, bem como os ignorados, totalizaram 3,4% cada. As demais ocupações não apresentaram significância.

No que se refere à orientação sexual identificou-se 77,5% não especificados e não se teve acesso ao E-SUS de 22,4% dos pesquisados por não estarem cadastrados na base de dados do município ou não terem ainda o registro no sistema.

Sobre a deficiência/transtorno consta que 15,5% possui algum transtorno mental, enquanto que em 5,1% apresentaram outros transtornos/deficiência e, 56,8% não especificados. Não se teve acesso ao E-SUS de 22,4% dos pesquisados por não estarem cadastrados na base de dados do município ou não terem ainda o registro no sistema.

As variáveis relacionadas à renda, benefícios, habitação, condições de moradia, saneamento de água/esgoto/lixo e acesso à energia elétrica 77,5% não possuem as referidas informações nos prontuários do sistema E-SUS, assim como, não se teve acesso ao prontuário do E-SUS de 22,4% por não existirem na base de dados do município ou ainda não terem o registro no sistema.

Quanto ao acesso aos dispositivos de saúde/assistência, 75,8% acessaram o Centro de Saúde da Comunidade (CSC) de referência, à medida que 44,8% também tiveram acesso à unidade de pronto atendimento (UPA) e 4,4% utilizaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo que, os demais serviços de saúde (Ambulatórios, CAPS AD, CAPS II e Hospitais) foram acessados por 33,3% dos pesquisados.

A fonte de informação mais utilizada para o registro do suicídio, foi o boletim de ocorrência com 93,1%, não especificado, apenas 6,8%. O local do óbito com mais

incidência compreende o domicílio com cerca de 77,5% dos casos, 10,3% não especificado e 6,8% representam os hospitais, 3,4% via pública e 17% outros estabelecimentos de saúde.

A causa básica de maior destaque de óbito é o CID X.70 (lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação) com 77,5%, seguido da causa X.69 (autointoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas) de 6,8%. A causa X.74 (lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada), contou com 5,1%. E o X.78 (lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante – local não especificado), resultando em 3,4%. A auto intoxicação são subclassificadas pelo tipo de substância, e somando estas causas chama a atenção a sua prevalência com 10,2%.

A educação é um indicador social com impacto expressivo na vida dos sujeitos, pois, ter acesso aos meios educacionais (escola, ensino) corrobora para o desenvolvimento social, político, cultural e econômico do indivíduo, concebe sujeitos críticos e sobretudo, resultando na diminuição das desigualdades sociais [12].

Conforme preconizado no art. 205 da Constituição Federal de 1988, "A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho"[13].

Em 2014 foi institucionalizado o Plano Nacional de Educação - PNE pela Lei n. 13.005, de 25.06.2014 tendo como objetivo a melhora da qualidade da educação no país através do estabelecimento de 20 metas a serem atingidas nos 10 anos de sua vigência (2014 a 2024). Tais metas englobam objetivos direcionados desde a educação infantil ao ensino superior, envolvendo ações de planejamento, capacitação/qualificação de profissionais, gestão e financiamento, com responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios[14].

A educação organiza-se em básica e superior compreendendo em educação infantil (0 a 5 anos) e fundamental (6 a 14 anos) sendo sua oferta de responsabilidade da gestão municipal e o ensino médio (15 a 17 anos) de responsabilidade dos estados[8]. O ensino superior é de responsabilidade do governo Federal no qual oferta cursos de

graduação em diferentes áreas do conhecimento para jovens e adultos que tenham concluído o ensino médio[15].

Segundo dados do IBGE as taxas de escolarização no Brasil nos anos alusivos da pesquisa corresponderam a 99,2%, 99,3% e 99,7% respectivamente, enquanto que a taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais de idade correspondeu a 6,9%, 6,8% e 6,6% respectivamente[16]. Conforme os dados apresentados, houve um tímido aumento entre os anos de 2107 e 2108 da taxa de escolarização em relação ao ano de 2019 que apresentou um crescimento de 0,4% comparado ao ano anterior. Da mesma forma ocorreu com a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais de idade, no qual demonstra uma queda em torno de 4% entre os anos referidos.

A Taxa Ajustada de Frequência Escolar Líquida – Tafel é um instrumento que permite medir a eficiência do sistema de ensino através da representação da frequência das pessoas aos níveis de ensino adequados correspondente a cada faixa etária. Em 2018 a Tafel para os anos finais do ensino fundamental (6º ao 9º ano) e para o ensino médio eram de 86,7% e 69,3%, respectivamente, demonstrando que ainda não tinham sido alcançados os valores esperados equivalentes às metas 2 e 3 do PNE para a Tafel até 2024, que deveria alcançar, 95% e 85% respectivamente[8].

A meta 2 do PNE refere a alcançar a universalização do ensino fundamental de nove anos para toda a população de 06 aos 14 anos e garantir a conclusão na idade recomendada de no mínimo 95% dos alunos enquanto que a meta 3 corresponde em universalizar até 2016 o atendimento escolar para toda a população de 15 a 17 anos e elevar até o final de vigência deste PNE a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85% (respectivamente)[17].

No município de Palmas/TO a taxa de escolarização na população com idades de 6 a 14 anos de idade corresponde a 98% do grupo etário. Quando comparado a outros municípios do estado, Palmas encontra-se na posição 40 de 139 municípios, segundo censo de 2010[18].

Em relação ao número de estabelecimentos escolares com oferta do ensino fundamental no país entre os anos 2016 a 2018 apresenta-se 134.523; 131.606 e 128.371 respectivamente, e estabelecimentos com oferta do ensino médio 28.354; 28.558 e 28.673 respectivamente[19].

Entre 2016 a 2018, o número de matrículas no município de Palmas, totalizaram no ensino fundamental 39.716; 39.754 e 40.573 respectivamente, e no ensino médio 13.567; 13.076 e 12.882 respectivamente, de matrículas em unidades escolares[18].

O saneamento básico consiste num fator que influencia diretamente nas condições da promoção de saúde e de vida da população e, "isto se dá, pois, ligados às práticas de saneamento estão questões de habitação, alimentação, saúde e condições de trabalho, isto é, elas tangem todas as esferas fundamentais da vida do ser humano"[20(8)]. Para, além disso, ter acesso a um esgotamento precário e inadequado provoca danos e a degradação de bacias hidrográficas, a biodiversidade dos rios, dos mananciais e do solo[20].

O acesso ao abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial e a coleta regular do lixo urbano colaboram principalmente na prevenção de várias doenças causadas por vírus ou bactérias como as infecções gastrointestinais, doenças dermatológicas, hepatites, cólera, entre outras.

Dados da PNAD contínua de 2017 mostram que 10% da população brasileira residiam em locais sem coleta de lixo, 15,1% sem o abastecimento de água e 35,9% sem o esgotamento sanitário adequado[21]. Em 2018, 35,7% da população tinha restrição ao acesso aos serviços de saneamento[8].

Em 2020, 15 milhões de brasileiros moradores de áreas urbanas não possuíam acesso em casa a água potável segura e livre de contaminação, enquanto que nas áreas rurais cerca de 25 milhões possuem acesso básico de fontes seguras, mas, longe de suas casas[22]. Ao se tratar da oferta de coleta e tratamento de esgoto à população do Brasil, mais de 100 milhões de pessoas ainda não têm acesso a uma rede segura e que desse total 2,3 milhões de pessoas defecam a céu aberto[22].

As regiões norte e nordeste do país são as que mais sofrem restrições dos serviços de saneamento e fornecimento de água por rede segura. Conforme o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), em 2019 a região norte apresentou 70,4% da população urbana com acesso à rede de água, 15,8% atendidas com rede de esgoto e 97,5% com coleta de resíduos sólidos[23]. De acordo com dados de 2010 entre 2000 a 2008 houve uma redução no número de municípios sem implantação de rede coletora de esgoto no estado do Tocantins, o que contribuiu para a eliminação de valas e esgoto a céu aberto no período[24].

Quanto ao município de Palmas (TO), estudos do instituto Trata Brasil revelam que cerca de 85% da população local recebe o serviço de coleta de esgoto e 66,9% desse volume de esgoto é tratado. De acordo com o mesmo estudo, a cidade ocupa o 28º lugar ficando atrás apenas de quatro capitais brasileiras no ranking das 100 maiores cidades com saneamento básico do país[25].

O indicador social - renda - segundo sua definição, é toda importância recebida por pessoa física ou jurídica, de forma periódica, oriunda da prestação de um serviço ou do trabalho executado por um determinado tempo e, no geral, sujeito a obrigações tributárias[26]. A distribuição da renda pode ocorrer por diferentes formas, como exemplo "a distribuição dos trabalhadores segundo a remuneração que recebem por seu trabalho, e a distribuição das famílias segundo a renda familiar total"[27 (26)].

Importante ressaltar que aspectos geográficos, raça e cor influenciam diretamente nos rendimentos entre os grupos de pessoas e domicílios. A origem dos rendimentos da população de uma determinada localidade é um fator relevante na identificação das diferenças regionais apresentadas. No Brasil, 73,8% dos rendimentos provêm do trabalho, 19,4% de aposentadoria e pensão e 6,9% de outras fontes[21].

As regiões sul, sudeste e centro-oeste possuem rendimento médio aproximado entre si e superior às regiões norte e nordeste, sendo o fator que justifica as regiões com menor rendimento o elevado percentual de domicílios com rendimento per capita de até ½ salário-mínimo. Nas regiões norte e nordeste apenas 7,8% e 7,7% da população, respectivamente, tinham o rendimento domiciliar per capita superior a dois salários-mínimos, sendo que nas demais regiões esses percentuais eram de 20% ou mais, ficando acima da média nacional que era de 16,2%[21].

No Brasil, considerando as grandes regiões, regiões metropolitanas, estados e municípios, a renda média mensal da população corresponderam no período do quarto trimestre entre os anos 2017 a 2019 totalizaram: R$2.134,00; R$2.256,00 e R$2.340,00, respectivamente[16].

Em 2018 o salário médio dos palmenses correspondia a 3.9 salários-mínimos e a proporção de pessoas ocupadas era de 48,3%. Em relação aos demais municípios do estado, Palmas ocupava a posição 01 de 139 municípios e 01 de 139, respectivamente, enquanto que na comparação com as demais cidades do país a posição 36 de 5570 municípios e 64 de 5570, respectivamente[17].

Discussão

No Brasil a proporção de suicídios têm a maior taxa entre o sexo masculino, no entanto as tentativas variam com maior frequência no sexo feminino. Assim como as diferenças do sexo biológico, as nuances da temática de gênero são fruto da construção social de pautas levantantas pelos grupos sociais. De fato, o número maior de suicídios entre os homens está relacionado com o tipo de método empregado nas tentativas[28]. E os meios mais mortíferos geralmente são utilizados pelos homens por meio de enforcamento, autointoxicação, arma de fogo e objeto cortante ou penetrante, sendo o enforcamento o método mais frequente.

Em Palmas, o perfil epidemiológico da mortalidade é composto por homens, em sua maioria jovens, solteiros, estudantes ou graduados, em fase produtiva para o mercado de trabalho, cuja principal fonte de informação do suicído se deu através do boletim de ocorrência e local da ocorrência do óbito no domicílio. Isso explica que o perfil epidemiológico muda conforme as tendências na morbimortalidade da população, tendo em vista a redução da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e agravos acometidos pelas causas externas. Esse desafio de mortalidade por suicídio, deve ser enfrentado na saúde pública, de modo eficaz, por meio de ações e projetos voltados para a saúde mental dos grupos mais afetados.

Discutir a raça/cor é fundamental, visto que apresenta informações que validam a identidade cultural de determinada população. Identificou-se que a população é miscigenada e sua cor autodeclarada predominante foi a parda. Nesse sentido, a variável raça/cor é considerada ferramenta de orientação para reflexão das desigualdades em saúde, sendo utilizada como um eficiente marcador da desigualdade social[29].

Além disso, questões voltadas para a pobreza e subalternidade são indicadores que resultam em uma condição de vida, condição de classe social e de outras condições que reforçam a desigualdade de gênero, etnia, procedência, entre outras desigualdades. Configura-se, produto das relações da sociedade capitalista. Tais relações reproduzem a desigualdade no campo social, político, econômico e cultural[30].

Apesar dos dados terem revelado bons índices de instrução escolar, a questão do suicídio varia de acordo com diversos aspectos socioculturais. Em geral, a escolaridade

é um desafio para homens menos instruídos considerados vulneráveis pela ocorrência de óbito por causas externas. Os homens são mais suscetíveis às situações de acidentes e violências, devido comportamentos de afirmação da masculinidade e eventos de risco de morte precoce por agravos evitáveis[31].

A variável ocupação é importante para análise da condição socioeconômica da população, pois visa subsidiar informações de vigilância epidemiológica para a realização da notificação compulsória de situações como violência interpessoal/autoprovocada.

Identificou-se a ausência de informações dos indicadores sociais nos sistemas de informação de saúde. Aspectos relacionados às condições físicas da moradia, renda, benefícios, tipo de transtorno/deficiência, acesso aos meios de saneamento básico, bem como aos dispositivos de assistência e/ou saúde não foram encontrados nos prontuários, constando no E-sus apenas o registro dos atendimentos realizados aos usuários nas unidades que compõem a rede municipal de saúde. Importante ressaltar que tais fatores tornam-se importante para a análise sobre as condições de vida dos indivíduos e a provável relação com o perfil da mortalidade por suicídio em Palmas-TO.

No município de Palmas houve um aumento no acesso da população ao saneamento básico nos anos referentes da pesquisa, isso requer dizer, maior acesso na distribuição de água tratada, coleta de esgoto por rede coletora e da coleta do lixo doméstico; da mesma forma, houve também uma maior inclusão de alunos aos anos iniciais da educação básica. Em relação a renda percebe-se que os palmenses possuem salários de acordo com a média nacional e, lideram o ranking quando comparado aos demais municípios do Tocantins. Observa-se que os dados apresentados são positivos e indicam melhora e aumento da qualidade de vida da população local.

Uma das limitações identificadas para discussão dos resultados está relacionada com a pouca publicação de estudos sobre suicídio e a relação com os indicadores sociais, que consequentemente tem dificultado maior reflexão da temática. Essa situação pode estar relacionada com os casos de subnotificação; a pouca importância direcionada aos indicadores sociais nos bancos de dados; a dificuldade da coleta desses dados; não haver um acompanhamento de saúde longitudinal na atenção primária.

Não obstante, as questões subjetivas de estigma social, preconceito e de cunho jurídico reforçam a invisibilidade das violências autoprovocadas. Dessa forma,

propomos, com base em evidências e com intervenções de baixo custo, a realização de atividades de educação permanente envolvendo os profissionais da atenção primária. Afim do preenchimento qualitativo do E-sus, com intuito do aprimoramento do referido sistema e no desenvolvimento de estratégias que melhor atendam às demandas sociais dos indivíduos. Pretende-se mudanças significativas nos modelos de atenção e práticas dos processos de trabalho, bem como integrar grupos de risco e pessoas em situação de vulnerabilidade social.

As ações de saúde são necessárias para identificar doenças, agravos e determinantes que resultam de processos produtivos, econômicos e de trabalho. A partir de estudos que comprovam a eficácia dos indicadores sociais no auxílio de gestores e profissionais da área de saúde a desenvolverem ações, projetos, programas e políticas públicas, este estudo sugere a sua utilização nas ações de prevenção e promoção de saúde. Através da avaliação periódica dos indicadores sociais obtêm-se melhores resultados da situação epidemiológica dos territórios de saúde, como possibilita qualidade na gestão da informação dos sistemas de informação.

De fato, os indicadores sociais são ferramentas de monitoramento que contribuem na formulação de políticas públicas e possíveis mudanças da realidade social. Mesmo não sendo possível inferir a relação do perfil da mortalidade com os indicadores sociais, devido a incompletude das informações, nos bancos de dados, os indicadores sociais, assim como os de saúde, quando articulados são utilizados na vigilância da saúde na intenção de contribuir com o monitoramento dos problemas e avaliar os resultados para a intervenção em saúde[32]. Uma das competências adotadas pelo sistema único de saúde é o desenvolvimento de práticas de vigilância e monitoramento das doenças e agravos de saúde. Com suporte dos indicadores sociais, é possível descrever a realidade social e epidemiológica dos territórios de saúde, assim como, indicar possíveis ações que podem modificar a qualidade de vida da população e consequentemente a redução da mortalidade por suicidio.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília; 2015 [acesso 2020 jan 2]. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2014-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-das-causas-externas.pdf

2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica; Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Saúde Pública [internet]. 2006 [acesso 2020 jun 2]; 40, (3):553-6. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/28.pdf.

3. Ferreira NS, Pessoa VF, Barros RB, et. al. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2014 [acesso 2020 ago 4]; 19 (1):115-126. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00115.pdf

4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxemburgo; 2014 [acesso em 2020 mai 03]. Disponível em: www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-global-imperative

5. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde [internet]. [Brasília]: OMS; [9 de setembro de 2019] [acesso em 2020 ago 16]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839

6. World Health Organization. Country reports and charts available [internet]. [Geneva]: WHO; 2014 [acesso em 2020 mai 21]. Disponível em: https://www.who. int/mental_ health/ prevention/sui cid e/country _rep orts/en/ index

7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir, 48(30), 2017. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2019. [acesso em 2020 jan 9]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf

9. Guzzo, RSL, Euzébios FA. Desigualdade social e sistema educacional brasileiro: a urgência da educação emancipadora. *Escritos educ.* [internet]. 2005 [acesso 2021 fev 03] vol.4, n.2, pp. 39-48. ISSN 1677-9843. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-98432005000200005&lng=pt&nrm=is

10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União nº 96 seção 1. 18 Mai 2001. [acesso em 2020 jan 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf

11. Ministério da Saúde (Brasil). Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. [acesso em 2020 jan 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf

12. Cury CRJ. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. Cadernos de Pesquisa [internet]. 2002 Jul. [acesso em 2020 fev 10] 116:245-262. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14405.pdf

13. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 2020 fev 06]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_205_.asp

14. Ministério da Educação (Brasil). Plano Nacional de Educação. PNE em movimento. 2014.[acesso em 2020 dez 05]. Disponível em: http://pne.mec.gov.br/

15. Cavalcante JF. Educação superior: conceitos, definições e classificações. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000. 54 p.[Internet]. [acesso em 2020 dez 05]. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/documents/186968/485287/Educa%C3%A7%C3%A3o+superior+conceitos%2C+defini%C3%A7%C3%B5es+e+classifica%C3%A7%C3%B5es/378ec098-0d71-4465-bd54-45abbd17c53f?version=1.3

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Painel de indicadores. [Internet]. 2020. [acesso em 2021 jan 06]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indicadores

17. Ministério da Educação (Brasil). PNE, Plano Nacional de Educação - Lei nº 13.005/2014. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: http://pne.mec.gov.br/18-planos-subnacionais-de-educacao/543-plano-nacional-de-educacao-lei-n-13-005-2014

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Cidades. Palmas. [internet]. 2020. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Brasil.[internet]. 2020. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama

20. Ferreira MP, Garcia MSD. Saneamento básico: meio ambiente e dignidade humana. Dignidade Re-Vista, 2 (3): 1-12. 2017 julho. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: http://periodicos.puc-rio.br/index.php/dignidaderevista/article/view/393

21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas [internet]. Rio de Janeiro: IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2018. [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf

22. Organização das Nações Unidas (ONU). Banco Mundial e parceiros defendem acesso equitativo à água e ao saneamento na Covid-19. ONU News. 07 de agosto de 2020. [internet]. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2020/08/1722352

23. Ministério do Desenvolvimento Regional (Brasil). SNIS, Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. [internet]. 2019. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: http://snis.gov.br/painelinformacoes-saneamento-brasil/web/painel-setor-saneamento

24. Júnior JWPL. Esgotamento sanitário no estado do Tocantins: estatísticas e desafios. Controle Social e Desenvolvimento territorial [internet]. 2019 jan/jul [acesso em 2021 jan 5] 5 (5): 69-80. Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/csdt/issue/view/348/293

25. Instituto Trata Brasil Saneamento é Saúde. Palmas: a melhor capital do Norte em saneamento básico [Internet]. 19 de maio de 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em:http://www.tratabrasil.org.br/blog/2020/05/19/palmas-a-melhor-capital-do-norte-em-saneamento-basico/

26. Dicionário Online de Português. dicio. Renda [Internet]. 2020 [acesso em 2020 set 27]. Disponível em: https://www.dicio.com.br/renda/

27. Barros RP, Foguel MN, Ulyssea G. Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente. Brasília: Ipea, [Internet]. 2006. 2: 1-446 [acesso em 2020 dez 16]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3249

28. Baére F, Zanello V. O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. Estudos de Psicologia [internet]. 2018 abr/jun [acesso 2019 nov 7]; 23 (esp2): 168-178. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n2/a08v23n2.pdf

29. Fiorio N M, Flor LS, Padilha M, et. al. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES). Bras Epidemiol [internet]. 2011[acesso 2019 nov 2], 14 (esp3):522-30. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/16.pdf

30. Revista Temporalis, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abeps). In: Yazbeck M C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. Brasília: Abeps: 2001. [acesso 2020 nov 11], 2 (esp 3):88. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf

31. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2005 [acesso 2021 jan 11], 10 (esp1): 59-70. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf

32. Santiago AC, Fracolli LA, Zoboli ELCP, et al. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde. Escola de Enfermagem USP [internet]. 2008 [acesso 2019 out 8]; 42(esp4): 798-803. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a24.pdf

Revista Cadernos de Saúde Pública: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/

Anexo

Figura 1. Número absoluto de óbitos e coeficientes de óbitos por suicidio

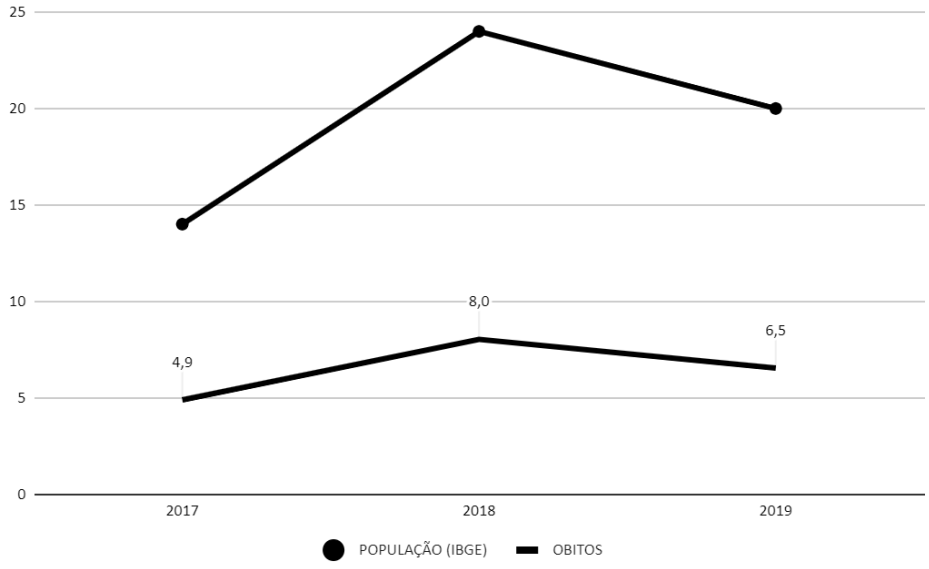


Figura 2. Análise de componentes principais (PCA): (a) porcentagem da variância por dimensão; (b) gráfico de *'loadings'*

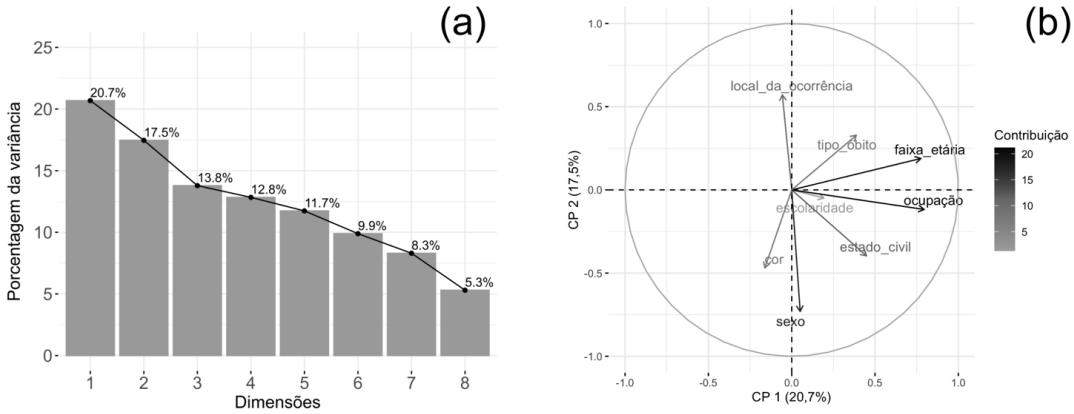


Figura 3. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) ocupação; (b) faixa etária e (c) sexo

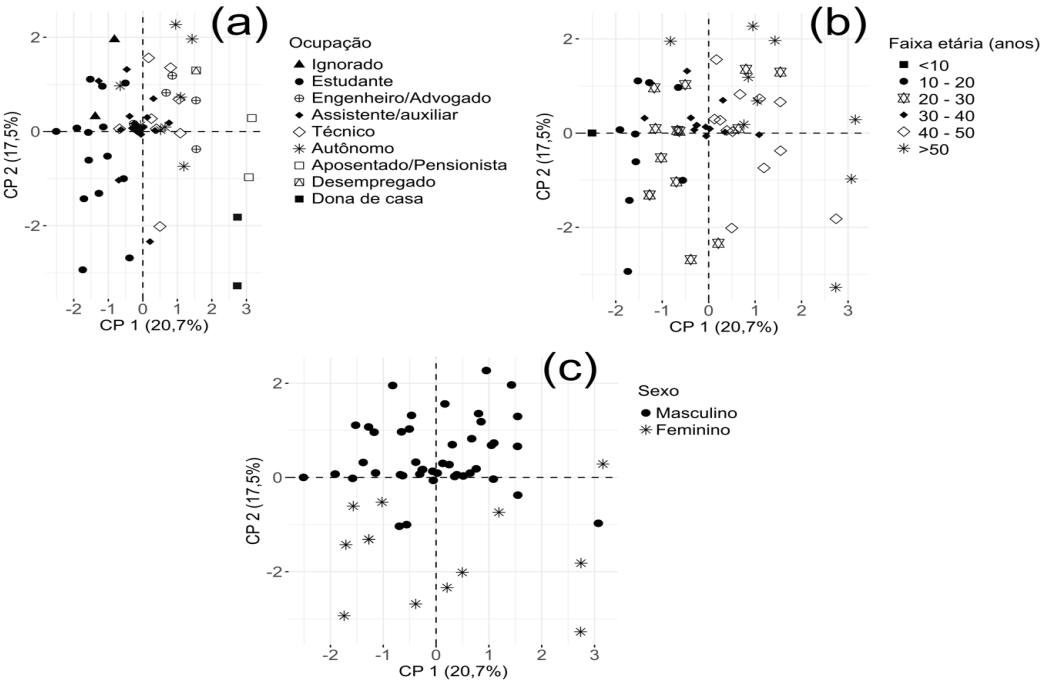
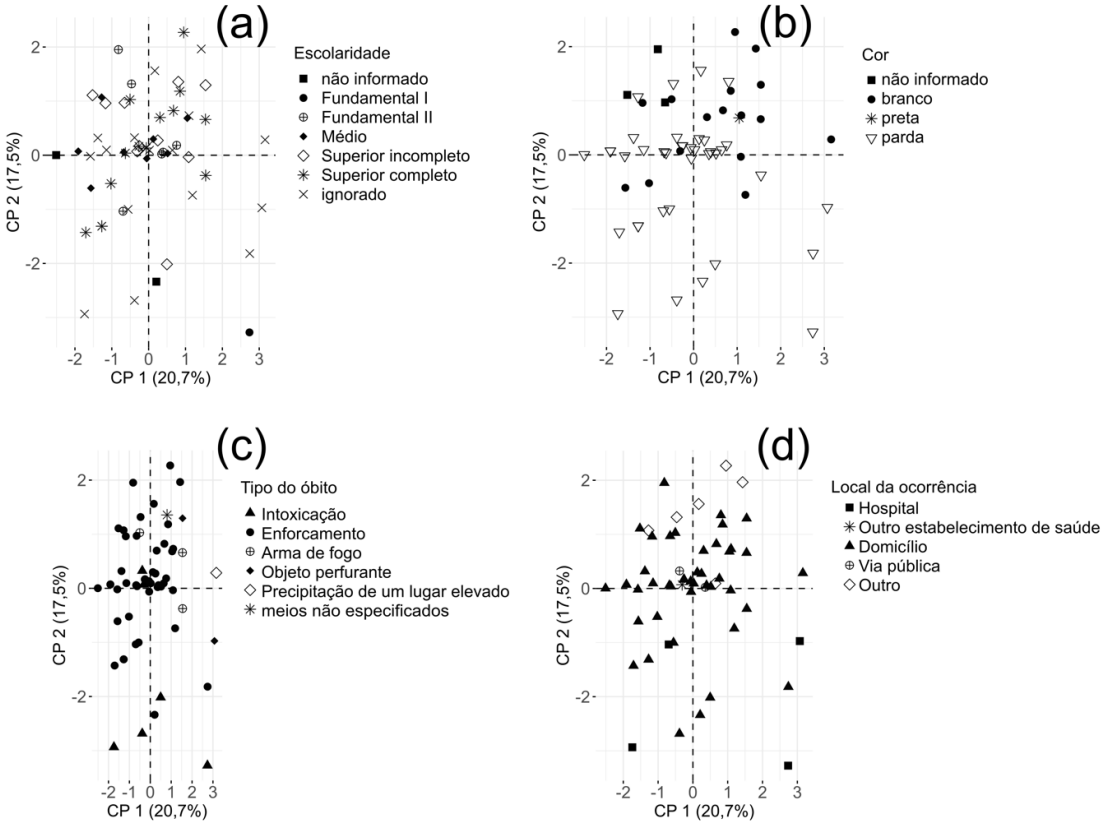


Figura 4. Análise de componentes principais (PCA) discriminando as variáveis e amostras tais como (a) escolaridade; (b) cor; (c) tipo de óbito e (d) local da ocorrência



TRABALHO E ADOECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

WORK AND DISEASE OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

TRABAJO Y ENFERMEDAD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

Monyck Isabhelly Moura Barbosa Oliveira
Priscylla Cassol
Daniela Aparecida Araujo Fernandes

Resumo

O adoecimento relacionado ao trabalho é frequentemente identificado, porém na saúde mental ainda existem poucos estudos que permitam essa correlação. Com objetivo de identificar quais as variáveis dos processos de trabalho que podem estar gerando um possível adoecimento nos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II e Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas III de Palmas-TO, foi realizado pesquisa aplicada, descritiva e de abordagem quanti-qualitativa, com os instrumentos de coleta de dados: Questionário sociodemográfico e de dados ocupacionais**,** Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho; Inventário de Burnout de Maslach e a entrevista Semiestruturada. Para análise dos dados foi estabelecido quatro categorias e apresentados com estatística e análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostraram que os profissionais estão em processo de adoecimento em nível crítico e grave, com necessidade de intervenção para melhorar a qualidade de vida e melhor assistência de saúde aos usuários.

Descritores: Saúde Mental; Doenças Profissionais; Saúde do Trabalhador; Estresse Ocupacional; Esgotamento Psicológico.

Abstract

Work-related illness is often identified, but in mental health there are still few studies that allow this correlation. In order to identify the variables of the work processes that may be generating a possible illness in the professionals of the Psychosocial Care Center II and

Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs III in Palmas-TO, applied, descriptive and quanti-qualitative approach, with data collection instruments: Sociodemographic and occupational data questionnaire, Work Context Assessment Scale; Maslach's Burnout Inventory and the Semi-structured interview. For data analysis, four categories were established and presented with statistics and content analysis by Bardin. The results showed that professionals are in the process of becoming ill at a critical and severe level, with the need for intervention to improve the quality of life and better health care for users.

Descriptors: Mental Health; Professional diseases; Worker's health; Occupational Stress; Psychological Exhaustion.

Resumen

Las enfermedades relacionadas con el trabajo a menudo se identifican, pero en salud mental todavía hay pocos estudios que permitan esta correlación. Con el fin de identificar las variables de los procesos de trabajo que puedan estar generando una posible enfermedad en los profesionales del Centro de Atención Psicosocial II y Centro de Atención Psicosocial por Alcohol y otras Drogas III en Palmas-TO, abordaje aplicado, descriptivo y cuanti-cualitativo, con instrumentos de recolección de datos: cuestionario de datos sociodemográficos y ocupacionales, Escala de Evaluación del Contexto Laboral; El Burnout Inventory de Maslach y la entrevista semiestructurada. Para el análisis de datos, Bardin estableció cuatro categorías y las presentó con estadísticas y análisis de contenido. Los resultados mostraron que los profesionales están en proceso de enfermar en un nivel crítico y severo, con la necesidad de una intervención para mejorar la calidad de vida y una mejor atención de la salud de los usuarios.

Descriptores: Salud Mental; Enfermedades profesionales; Salud del trabajador; Estrés laboral; Agotamiento psicológico.

Introdução

Conforme Ramminger (2002), a palavra “trabalho” originada do latim *trapalium*, foi denominado antigamente como um instrumento utilizado em manejo agrícola e também como ferramenta de tortura, traz uma conotação de sofrimento perante a atividade de “trabalhar”.

Dejours (2008) conceitua que o trabalho é uma atividade crucial no ciclo de vida do ser humano, visto como essencial no contexto da sociedade capitalista. Dejours ainda pontua que o trabalho é pouco explorado e discutido como resultante das causas de doenças e mal-estar em geral, como também sentimentos positivos de felicidade, realização pessoal e satisfação.

Em decorrência da necessidade do monitoramento da saúde do trabalhador e prevenção dos riscos de adoecimento desses indivíduos, foi instituída a Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. A política define que todas as esferas de gestão são responsáveis pelas vigilâncias, prevenção e promoção da saúde do trabalhador. A fim de diminuir índices de morbimortalidade decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Brasil, 2012).

A Portaria n° 1.823, de 23 de agosto de 2012 em seu parágrafo 3 referente ao processo de capacitação em saúde do trabalhador, inciso II ressalta que se deve “abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros.

Nos anos de 1980/90, no advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foram constituídas as redes assistenciais. Foi pressuposto que não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado devido a:

> "Alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos de saber, pela interdisciplinaridade inerente às questões da saúde, e multiplicidade de atores sociais implicados com a gestão e o cuidado, as redes se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo portanto inerentes ao trabalho voltado ao cuidado em saúde (Quinderé, Dias, Bessa & Batista, 2014, p.254)".

A reforma psiquiátrica e a reforma sanitária brasileira propiciou a criação de serviços de saúde, um deles foi criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que subvertem a lógica da hierarquização do sistema de saúde e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde. A Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002 (Brasil, 2012) 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, a Portaria Nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017 "altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências". Atualmente foram estabelecidas as seguintes modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS IV, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i e CAPS i II (Brasil, 2017).

Para a superação do modelo manicomial, um dos dispositivos estratégicos mais eficientes são os CAPSs, estes serviços são comunitários, e estão inseridos em determinada cultura, num território definido, com dificuldades, problemas e potencialidades (Quinderé, Dias, Bessa & Batista, 2014). Os CAPSs são lócus onde as crises precisam ser enfrentadas, crises oriundas de uma teia complexa de aspectos individuais, familiares e sociais. São serviços destinados a articular as ações de saúde mental em rede e junto à atenção básica (Estratégia de Saúde da Família – ESF), ambulatórios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial (Onocko-Campos & Furtado, 2006).

Desse modo, este artigo se propõe a apresentar um estudo sobre o trabalho e adoecimento dos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS AD III) do município de Palmas-TO. O CAPS II , é definido como um serviço de saúde especializado que tem o objetivo de atender prioritariamente pacientes com transtornos mentais graves, severos e persistentes em sua área territorial (Brasil, 2012). Nessa tipificação (II), possui a capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O CAPS AD III de acordo com a portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012, é um serviço destinado a atender pessoas de todas as faixas etárias que apresentam necessidades biopsicossociais relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e são implantados conforme indicação para municípios ou regiões com população de 200 mil a 300 mil habitantes (Brasil, 2012).

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza aplicada, de campo, descritiva e com abordagem quanti-qualitativa. Os dados quantitativos foram coletados através de três instrumentos: Questionário sociodemográfico e de dados ocupacionais**;** Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT); Inventário de Burnout e Maslach. Já para análise dos dados qualitativos utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), após, foi apresentado uma discussão sobre as variáveis (Organização do Trabalho; Condições de trabalho; Relações socioprofissionais e Saúde mental e Física). As primeiras três variáveis ou três dimensões analíticas citadas fornecem as bases para que seja possível compreender as atividades de trabalho dos profissionais, enquanto estratégias de mediação individual ou coletiva empregadas na gestão das exigências presentes no contexto de trabalho (Ferreira & Mendes, 2008). A última variável foi criada pelas autoras, visto a necessidade da dimensão analítica específica da saúde mental e física dos participantes. Essas dimensões analíticas fornecem as bases para se compreender a atividade de trabalho dos indivíduos relacionado com o adoecimento ou não dos profissionais da saúde.

Assim, esta pesquisa possui o intuito de propor estratégias de intervenção, possibilitando melhora na qualidade de vida do trabalhador e consequentemente a assistência de saúde ao usuário desses serviços. Ao tratar dos processos de trabalho em saúde mental é primordial entender a sua composição e funcionamento.

Adoecimento Relacionado ao Trabalho

As alterações na qualidade de vida, saúde mental e física relativo às atividades laborais se dão por uma ampla gama de aspectos, desde fatores pontuais como a exposição a determinado agente tóxico, até a causas relacionadas ao contexto e organização do trabalho, sendo os mais citados: divisão das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, ritmos de trabalho intensos ou monótonos e pressão, cobranças de produtividade por supervisores e chefes (Fernandes, 2011). A insatisfação do trabalhador também se caracteriza como fator que normalmente é identificado não apenas pelo adoecimento, mas nos índices de absenteísmo e conflitos interpessoais no ambiente de trabalho (Brasil, 2001).

Ramminger (2002), afirma que o adoecimento relacionado ao trabalho é uma condição frequentemente identificada em vários estudos ao longo do tempo, elucidando que a relação de saúde e doença do trabalhador ainda é baseada no perceptível a “olho nu”, como exemplo, dano físico relacionado a ergonomia no trabalho, repetição de atividade laboral diária, entre outros.

Logo, os riscos psicossociais que incluem os fenômenos de ordem psicológica, neurofisiológica, cognitiva, social e organizacional, muitas vezes são negligenciados e associados a outros fatores que não englobam o ambiente de trabalho, e eventualmente negligenciados como causadores do adoecimento do trabalhador. Por outro lado, há uma maior evidência quando o adoecimento está relacionado ao ambiente ou atividade laboral que apresenta risco físico à saúde (Ramminger, 2002).

A partir disso é observado que os processos de trabalho podem ter causas agravantes

ao adoecimento dependendo do campo de atuação. No caso da área da saúde, a autora Zanatta (2018) descreve como um setor extremamente complexo, no qual os profissionais são expostos a inúmeras causas de adoecimento ao longo do tempo, dentre elas podemos citar: exposição a materiais biológicos e risco de contaminação, falta de reconhecimento profissional, multifuncionalidade, exigência de produtividade, baixos salários, inexistência de trabalho em equipe, deficiências dos demais níveis do sistema de saúde, entre outros.

O trabalho pode fomentar a qualidade de vida como também ser contribuinte para a desestabilização do sujeito e o desequilíbrio de sua saúde física e mental. Nesse contexto, a síndrome de burnout é definida como uma condição de desconforto psicológico relacionado ao trabalho, associada com mudanças fisiológicas devidas ao estresse (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay, 2007).

Na década de 70, houve a primeira menção do termo Burnout através dos estudos de Freudenberger (1974), descrevendo as características do que foi definido como uma Síndrome, que apresentavam sintomatologia de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade levando muitos pesquisadores a estudarem seus sintomas, causas e consequências (Portero *et al*, 2019).

A concepção mais utilizada de Burnout é das psicólogas sociais Christina Maslach e Suzan Jackson (1981, 1986) que a definem como uma síndrome psicológica tridimensional constituída por exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, que ocorre em resposta ao estresse laboral crônico. A exaustão emocional causa a diminuição ou a perda de recursos emocionais, a despersonalização leva ao desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas no ambiente de trabalho (clientes, colegas de trabalho etc.) e a falta de realização pessoal é caracterizada pela diminuição dos sentimentos de competência e realização no trabalho (Zanatta, 2018. Trigo *et al.* 2007 & Benevides, 2002).

Além dos fatores elencados, são considerados fatores de risco para a Síndrome de

Burnout componentes psicossociais que causam desgaste físico e emocional, localizados no ambiente de trabalho, como exemplo: excesso de trabalho, remuneração insuficiente, a falta de controle e capacidade de estabelecer prioridades no processo de trabalho, ausência de equidade, entre outros (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2000).

Padrões de personalidade e características do próprio indivíduo também são descritos como condições associadas a maiores índices de Burnout. Sendo estes: indivíduos competitivos, esforçados, impacientes e com excessiva necessidade de controle da situação, pessoas perfeccionistas, profissionais com grande expectativa e idealismo em relação à profissão, sujeitos empáticos, sensíveis e que estão mais propensos a somatizar o que vivenciam no ambiente de trabalho, pessoas pessimistas, passivas e indivíduos com nível educacional mais elevado (Mallar & Capitão, 2004).

A Síndrome de Burnout geralmente é experienciada por profissionais cuja sua demanda de trabalho é de contato direto com outros seres humanos, como por exemplo trabalhadores da área de saúde mental (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015). Moss, Good, Gozal, Kleinpell e Sessler (2016) afirmam que a Síndrome de Burnout quando acometida em profissionais da saúde, pode comprometer a qualidade dos cuidados ofertados aos pacientes e com isso piorar a qualidade de vida dos profissionais. Estes prejuízos podem ser: baixo engajamento com o trabalho, baixa satisfação do paciente, diminuição da qualidade do serviço, aumento das taxas de rotatividade de emprego e absenteísmo.

Existe uma vasta prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais que atuam diretamente com pessoas, exercendo um contato prolongado e de responsabilização (Carlotto & Câmara, 2006). São exemplos: trabalhadores do campo, da saúde, da educação e da assistência social. As condições de trabalho, a falta de recursos, as frustrações contínuas e o perfil do profissional, também foram apontados como causadores de incidência da Síndrome de Burnout (Carlotto & Câmara, 2006).

Rede de Atenção Psicossocial e Adoecimento de Trabalhadores de Saúde Mental

A partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial estão: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais e as oficinas de geração de renda. As Unidades Básicas de Saúde cumprem também uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental.

Assim, a RAPS é composta por serviços de baixa a alta complexidade, e a principal estratégia da RAPS são os CAPSs, que não se identificam apenas como um serviço intermediário entre a hospitalização e os ambulatórios, mas centros de referência por excelência. Sendo organizados em diferentes modalidades, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS IV, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i e CAPS i II (Brasil, 2017).

Os Centros de Atenção Psicossocial são caracterizados de acordo com a demanda dos pacientes que podem ser pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que necessitam de cuidados intensivos, passando a incluir ações de cuidado semi-intensivo e não intensivo, bem como atendimento a crianças, adolescentes e usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2011).

Os CAPSs são os serviços norteadores da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, de caráter aberto e comunitário. Constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2004).

Os CAPSs objetivam estimular a integração social dos usuários de saúde e suas

famílias e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia. Tem como principal objetivo a integração do indivíduo em um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território". Sendo o território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2004).

Nesse ínterim, os CAPSs foram instituídos visando substituir o modelo antimanicomial, como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, mostrando-se efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004).

Segundo Zanatta (2018), há a necessidade de uma percepção mais ampla sobre as situações de trabalho dos profissionais atuantes na atenção especializada em saúde mental. Profissionais da saúde mental estão expostos a vários riscos ocupacionais ao executarem as suas atividades assistenciais de cuidado e acolhimento a pessoas que apresentam distúrbios psíquicos. Dessa forma, o ambiente de trabalho pode possuir uma elevada tensão emocional e psicológica, relacionada a imprevisibilidade do comportamento dos pacientes assistidos.

Burrows e McGrath (2000) entendem que o trabalho em saúde mental é complexo e específico, assim é considerado altamente vulnerável à sobrecarga emocional. Estressores que são intrínsecos a profissionais da área de saúde mental como lidar com pessoas que sofrem de transtornos mentais severos é um dos fatores mais importantes para o desencadeamento da Síndrome de Burnout.

De acordo com Ramminger (2005) em uma pesquisa realizada com profissionais de serviços de saúde mental, a percepção do profissional que trabalha neste contexto específico é de que é exigido constantemente a inovação do seu trabalho e pensar sob a lógica do discurso diferenciado que na prática nem sempre é possível exercer devido aos poucos recursos necessários para a atuação que segue os princípios da reforma psiquiátrica e isso favorece o sentimento de sobrecarga destes profissionais. Estudos como este têm demonstrado que o trabalho na área de saúde mental, caracterizado pela atuação profissional em um ambiente

com elevada demanda emocional, consiste em um fator significativo na manifestação de *stress* e da síndrome de burnout (Moore & Cooper, 1996).

Metodologia

Este estudo possui natureza de pesquisa aplicada, do tipo pesquisa de campo, descritivo e com abordagem quanti-qualitativa. As pesquisas descritivas têm como condicionante principal a descrição, de características de determinada população ou fenômeno. O mais observado nesse tipo de pesquisa é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, com a finalidade de estudar características de um grupo, descobrir a existência de associações entre variáveis e determinar a natureza dessa relação que podem servir para proporcionar uma nova visão do problema (Gil, 2002).

A pesquisa aplicada é voltada a solucionar algum problema específico, explanado no texto do trabalho, para gerar um novo conhecimento e aumentar o que já está disponível, para aplicá-lo na prática, intervindo no universo estudado (Lalatos & Marconi, 2001).

A pesquisa qualitativa não leva em consideração dados numéricos, mas sim o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc (Goldenberg, 1997), enquanto a quantitativa demanda o uso da quantificação, apropriando-se dos procedimentos estatísticos para quantificar os resultados (Figueiredo, 2008). A abordagem quanti-quali é indicada quando os resultados de uma pesquisa necessitam de uma melhor interpretação, assim contribui para a compreensão do problema a ser estudado de modo mais amplo e consistente (Santos et.al, 2017).

Foram utilizados, para coleta de dados, o questionário sociodemográfico e de dados ocupacionais, (Tabela 2) desenvolvido pelas pesquisadoras com o objetivo de descrever características sociodemográficas e ocupacionais da amostra. A escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), utilizada como instrumento psicométrico para diagnosticar as condições, a organização e as relações socioprofissionais de trabalho.

O Inventário de Burnout e Maslach ou Maslach Inventory Burnout (MBI) versão Human Services Survey (HSS), verifica os scores de Burnout em relação à frequência com que são percebidos os sentimentos pessoais e atitudes do profissional em seu ambiente de trabalho, frente aos pacientes e demais profissionais da equipe de saúde (Lautert, 1995).

Por fim, foi realizada entrevista semiestruturada, composta por dez perguntas relacionadas aos processos de trabalho e adoecimento dos trabalhadores dos CAPSs.
Os CAPS II e CAPS AD III possuem ao todo 71 profissionais. Participaram deste estudo 10 profissionais, sendo 14% da amostragem. A coleta de dados foi efetuada em duas etapas, a primeira com o preenchimento dos questionários pelos trabalhadores pela plataforma google forms, subsequentemente a segunda etapa com a entrevista semiestruturada, realizada individualmente com cada servidor utilizando a plataforma virtual google meets.

O questionário sociodemográfico e ocupacional foi apresentado em tabela, com número absoluto e porcentagem. Para a descrição da amostra, das exposições ocupacionais e dos desfechos de saúde foi utilizado estatística descritiva com apresentação de médias, desvios-padrão e frequências absolutas e relativas.

Para análise da EACT utilizou-se os seguintes padrões estatísticos: para as Condições de trabalho (CT; $\alpha = 0,89$). Organização do Trabalho (OT; $\alpha = 0,72$). Relações Socioprofissionais (RS; $\alpha = 0,87$). Respondido por uma escala tipo likert de frequência, composta por 5 pontos, variando entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). Os resultados são classificados nos parâmetros: Satisfatório (Scores entre 1 e 2,2), indicando resultado positivo e produtor de bem-estar no trabalho; (Scores entre 2,3 e 3,7), identificado como Crítico e indicador de situações que causem mal-estar no trabalho e risco de adoecimento. (Scores entre 3,8 e 5), caracterizam um resultado negativo e produtor de mal-estar no trabalho, com elevado risco de adoecimento (Amazarray, Farias, Oliveira & Feijó, 2019). Com base nesses padrões, foram apresentadas as médias, desvio padrão e Alfa de Cronbach.

Para analisar a consistência interna dos três domínios do Inventário de Burnout e Maslach (MBI) foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach, valores de alfa acima de 0.70 no geral, indicam alta consistência interna (Carlotto & Câmara, 2004). Além disso foi realizada uma análise fatorial que explica o relacionamento com um dado categórico, neste caso a profissão. Assim, utilizou-se o método de extração - Análise de Componentes Principais (PCA) Os dados dos referidos instrumentos foram organizados, digitados e tabulados no Excel. Calculou-se o Alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade do EACT e do MIB. Para análise dos componentes principais (PCA) utilizou-se o programa The R Project for Statical Computing versão 4.0.3.

Para análise dos dados qualitativos utilizou-se o método da análise de conteúdo de Bardin (2011).A análise de conteúdo é um método para compreender as ideias gerais relatadas sobre determinado assunto, sendo caracterizado pela classificação de categorias chaves, que expressam de forma resumida os discursos do público alvo de uma pesquisa (Bardin, 2011).

Para apresentar os resultados, foram estabelecidas as categorias pelas variáveis dos processos de trabalho determinadas por: Organização do Trabalho, Condições de Trabalho, Relações Socioprofissionais e Saúde Mental e Física. (Tabela 1) As categorias foram analisadas à luz das escalas aplicadas e análise das entrevistas, identificando e correlacionando as variáveis que podem ter ou não nexo causal com o adoecimento dos trabalhadores. As categorias de análise dos dados, coincidem com os fatores dimensionados na escala EACT, escolhidos para melhor compreensão dos dados coletados sobre os processos de trabalho na população e amostra estudada. A categoria Saúde mental e Física, destacado da escala EACT, foi adicionada para identificar elementos prejudiciais à saúde mental e/ou física dos participantes relacionados ao trabalho. As primeiras três variáveis ou três dimensões analíticas citadas fornecem as bases para que seja possível compreender as

atividades de trabalho dos profissionais, enquanto estratégias de mediação individual ou coletiva empregadas na gestão das exigências presentes no contexto de trabalho (Ferreira & Mendes, 2008). A última variável foi criada pelas autoras, visto a necessidade da dimensão analítica específica da saúde mental e física dos participantes. Os resultados são demonstrados e analisados em função da incidência das variáveis sobre as categorias de análise.

Resultados e Discussão

No total dos trabalhadores, 90% são do sexo feminino e 10% masculino. Destes 50% têm o estado civil Solteiro(a) e 50% Casado(a)/União Estável. No que se refere à escolaridade, 40% dos profissionais possuem pós-graduação e 30% mestrado. 80% dos profissionais se denominam como pardos. As categorias profissionais predominantes são enfermagem e psicologia com 30% cada. Os profissionais do CAPS II tiveram mais adesão à pesquisa com 70%. O tempo de serviço na área da saúde prevalente é 7 anos totalizando 20% da amostra, e o tempo de serviço na área de saúde mental preeminente é de 2 anos com total de 30%. Ou seja, 70% dos profissionais têm entre 5 a 30 anos de exercício na área de saúde mental e 90% de 4 a 30 anos de contribuição na área da saúde. O tempo de serviço na atual unidade de saúde também é de 2 anos com 40% dos profissionais. 60% dos profissionais são efetivos/concursados e 60% destes trabalham nas unidades no turno matutino.

Além das mulheres serem maioria na área da saúde são mais propensas a ter sobrecarga no ambiente laboral e um risco maior de adoecimento relacionado ao trabalho, devido ao protagonismo que exercem em diversas relações sociais e a se perceber como mãe ou esposa, resultando no acúmulo de funções também na relação capital/trabalho (Krug, 2006).

O grande período de tempo trabalhando no serviço de saúde mental, também é caracterizado como uma variante de risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout,

isso pode ocorrer devido a obterem outros vínculos empregatícios e acúmulo de funções; a insatisfação com os salários e a precarização das relações trabalhistas (Tomaz, Tajra, Lima & Santos, 2020). A maioria dos participantes relataram ter mais de um vínculo e achar que não tem uma remuneração condizente com a sua função ou desempenho laboral na instituição.

No EACT, analisando as médias, (Tabela 3) o resultado quanto ao fator Condições de Trabalho (3,19) indicou riscos graves e produtor de mal-estar no trabalho, com forte probabilidade de adoecimento, demandando providências imediatas. A CT é constituída por componentes estruturais que expressam infra-estrutura, apoio institucional e práticas (Mendes & Ferreira, 2008).

A Organização do Trabalho (2,76) e as Relações Socioprofissionais (2,69) evidenciaram risco crítico, indicador de "situação-limite" que potencializa o mal-estar no trabalho e risco de adoecimento, demandando providências também imediatas a curto e médio prazo. Alguns fatores que explicam esses indícios estão relacionados à falta e/ou dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; e falta de integração e de apoio dos gestores para o desenvolvimento profissional da equipe (Tomaz HC, *e cols*. 2020). Na categoria CT a média pode variar entre 3,19 + 0,93 ou 3,19 - 0,9, OT o desvio padrão da média pode variar entre 2,76 + 1,02 ou 2,76 - 1,02, e nas Relações sociodemográficas variação da média de 2,69 + 0,99 ou 2,69 - 0,99. Por meio do coeficiente alfa de Cronbach, apresentou baixa confiabilidade na categoria de OT com valor de 0,51, devido a baixa amostragem. Já as categorias CT e RS apresentaram valor alfa de 0,93 e 0,80 respectivamente, atendendo a preferência estabelecida por Streiner (2003), que sugere que os valores do coeficiente estejam entre 0,80 e 0,90.

É possível constatar através das falas dos participantes esse risco de adoecimento relacionado principalmente a fatores de insalubridade e sobrecarga de trabalho devido a falta de RH, sendo elementos precursores para o início de um possível adoecimento desses

profissionais.

No Inventário de Burnout e Maslach (MBI), os itens 20) Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades, 19) Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho, 2) Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado(a), 17) Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os receptores do meu trabalho, e 12) Sinto-me muito vigoroso(a) com meu trabalho, foram os mais representativos, mas de forma geral, houve pouca variação em toda a análise (30,8%), ou seja, não houve uma uma resposta que se destacou entre as aplicadas, fato que pode ocorrer devido a baixa amostragem.

O PCA junta as variáveis mais significativas em dimensões ou componentes principais, dessa forma, considerando que de modo geral houve pouca variação entre os componentes principais, ou seja, existe uma homogeneidade nas respostas. Foi possível observar (Figura 1), que os psicólogos, técnicos de enfermagem e Terapeutas Ocupacionais apresentam mais variação nos dados, representando uma maior relação com as questões 20/19/2/17/12, ou seja, coincidem a alto desgaste emocional, relacionado com as vivências pelas demandas do trabalho e baixa realização pessoal para essas áreas, que envolve sentimentos de autoeficácia e realização pessoal no trabalho, sendo que, quanto menor a pontuação, mais afetado está o sujeito. O alpha para exaustão emocional foi de 0,90; distanciamento afetivo (despersonalização) 0,60; realização pessoal 0,80 e geral de 0,82.

Segundo Carlotto e Câmara (2008, p. 157)

> "Não há um ponto de corte para a população brasileira, que permita classificar a síndrome em níveis (baixo médio, alto)[...] e sua caracterização específica é pouco conhecida, especialmente em uma sociedade onde as relações de trabalho são pautadas pela necessidade de sobrevivência".

Contudo, o alto desgaste emocional relacionado às condições de trabalho, torna-se um fator de distanciamento e prejuízo à assistência ao paciente (da Silva, Silveira, Santos, Resende & De Assis, 2020).

Todos os 10 participantes deste estudo trouxeram falas referentes às condições de

trabalho, organização do trabalho e relações socioprofissionais. Nove participantes trouxeram falas referentes à saúde mental e física.

Na categoria **Organização do Trabalho** as falas dos participantes representam a definição de elementos prescritos (formal ou informalmente) que expressam as concepções e as práticas de gestão de pessoas e do trabalho presentes no lócus de produção e que balizam o seu funcionamento:

Participante com 6 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Eu acho insatisfatório pela sobrecarga de trabalho que vem de vários fatores mas principalmente da carência de recursos humanos. Quando você tem um processo de trabalho fragmentado, que não é coeso, que todas as pessoas acabam gerenciando de uma forma diferente, você acaba demandando mais energia mental nas suas atividades e isso consequentemente causa mais estresse, causa mais ansiedade, desgaste mental é maior."

Participante com 2 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Diversas coisas eu mudaria né, eu acho que a questão do fluxo mesmo que tá, eu acho que a gente tá muito afogado na condução dele, a gente tava tomando responsabilidades que talvez não seja totalmente nossa né, e querendo ou não, não há resolutividades aos pacientes, e isso acaba deixando é… vamos dizer há um afogamento gigante né, em relação a conduta de práticas por conta da fragilização mesmo da rede né, a gente sabe que esse momento todo hoje, tem aumentado muito, que a psiquiatria também a demanda da psiquiatria da saúde mental, o trabalho tem aumentado bastante, e não se tem uma integralidade em relação aos outros dispositivos da rede. fora a estrutura física também que teria que mudar bastante pra gente conseguir é, é ofertar um trabalho mais eficiente".

Participante com 17 anos de atuação em serviços de saúde mental: "A gente tem essa carência de dividir as atividades pra que a gente não possa ficar sobrecarregados, e a gente

cada vez mais é uma pressão psicológica que a gente para pra pensar e a gente fica totalmente insatisfeito quando chega pela manhã e tem que ir para o CAPS".

Participante com 15 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Acho extremamente importante ter supervisão técnica, ter referente técnico, ter um profissional específico onde a gente possa tá dando essa supervisão, tá tendo esse contato mais direto com a gente né, tanto pra dar o suporte técnico mas também individual pelas necessidades né.. emocionais, necessidade psicossocial comum do trabalhador necessita".

Na categoria **condições de trabalho**, que é constituída pelos elementos estruturais que expressam as condições de trabalho presentes no lócus de produção e caracterizam sua infra-estrutura, apoio institucional e práticas administrativas, podemos perceber as falas dos participantes que a representa: Participante com 6 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Eu acho insatisfatório pela sobrecarga de trabalho que vem de vários fatores mas principalmente da carência de recursos humanos, da carência de materiais, da carência de apoio, suporte e supervisão técnica que os profissionais não dispõe".

Participante com 30 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Precisa melhorar MUITO! É simples, quando é oferecido um salário muito menor do que o praticado nos demais serviços, a gestão da RAPS em Palmas não consegue escolher os trabalhadores, apenas se restringe a receber aquilo que "sobra". Se houvesse um salário diferenciado, muitos que estão nas UPA e Saúde da Família, que possuem além de formação/ especialização, mas também experiência, estariam no CAPS-AD".

Participante com 17 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Eu mudaria tudo, a estrutura física, o quantitativo de recursos humanos, é a questão de material, é… o ambiente, tudo tudo eu mudaria. É uma instituição improvisada então o ambiente é muito difícil, é a falta de material, a falta de pessoas, profissionais, tudo isso dificulta. O CAPS ela é uma unidade de saúde improvisada, e ela está em um momento de sucateamento, estrutura que

além de não ser adequada, é precária e não te dar condições ambientais pra você desenvolver e desempenhar a função do jeito que você gostaria que fosse".

Participante com 15 anos de atuação em serviços de saúde mental: "O Centro de Atenção Psicossocial ele se diferencia de uma estrutura ambulatorial, então a ideia é que ele não esteja centrado, médico centrado né, não seja, os seus procedimentos não sejam centrados apenas em consultas médica, psiquiátrica e uma dispensação de medicação, infelizmente o nosso CAPS ele tem esse perfil, então isso não faz com que o nosso serviço não cumpra a sua função de CAPS, então a gente observa uma falta de investimento mesmo né?!".

A categoria **Relações socioprofissionais** é constituída pelos elementos interacionais que

expressam as relações socioprofissionais de trabalho, presentes no lócus de produção e caracterizam sua dimensão social. Abaixo os participantes relatam sobre como se desenvolvem estas relações com colegas e usuários nos CAPS:

Participante com 6 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Eu vejo uma relação tranquila né, me relaciono bem com todos, as trocas elas, são bem introdutivas, nem sempre concordamos com algumas posturas mas a gente consegue dialogar bem, e eu não vejo conflito nisso né, ao contrário a gente consegue chegar em um consenso mediante ao diálogo… nós lidamos com um público, que é um público que muitas vezes ele não é bem atendido, bem recebido em outros pontos da rede fazendo com que nós tenhamos que é, desenvolver atividades é, que poderiam ser desenvolvidas de cuidado em um Centro de saúde da comunidade, em outros pontos da rede, no CREAS, mas que muitas vezes esse usuário sente apoiado no CAPS, porque é um lugar que ele se sente acolhido, e isso acaba nos sobrecarregando também".

Participante com 30 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Eu percebo uma relação harmoniosa e com respeito,claro que dentro da personalidade de cada um, onde alguns

são somente colegas, outros me permitiram ser amigo. A grande maioria com diálogo, mas quando há uma posição irremediável do colega, acabo cedendo para evitar um agravamento da questão, mas nada que seja ilegal ou imoral".

Participante com 2 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Eu acredito que a minha relação com os colegas de trabalho é bem tranquila, mas é tranquila pela questão da passividade que eu tenho com relação aos meus relacionamentos interpessoais, principalmente no trabalho né?! a gente… eu tento ceder de todas as formas possíveis para que não tenha essa contrariedade com um colega e outro, até porque a gente vai ter que conviver né, então eu busco fazer aquilo que tá dentro das minhas possibilidades sem explorar, eu acho que isso é melhor para a minha saúde mental".

Participante com 15 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Eu acho que existe a necessidade da gestão de se empoderar um pouco mais desse serviço né, fazer planejamentos coletivos, institucional, ter um diálogo, promover espaços de diálogo, de comunicação né, de forma mais horizontal né, tanto pra discussões dos processos de trabalho em gerais, planejamento, avaliação né. Teve uma rotatividade muito grande dos profissionais né, de dois anos que eu estou lá apenas cinco pessoas ficaram né, então essa rotatividade de profissionais, tanto a nível de residentes como profissionais técnicos é…. favorece essa relação superficial entre os profissionais".

Participante com 15 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Já fiquei algumas noites sem dormir é… pensando no trabalho, tanto formulando projeto ou formulando possibilidades sabe?! de estratégias pra fazer o melhor trabalho né, de uma melhor forma e infelizmente sem nenhum apoio da gestão".

A categoria **Saúde Mental e Física**, criada pelas autoras devido a necessidade de análise de falas específicas sobre elementos referentes a saúde mental e/ou física relacionados ao trabalho dos participantes, alteração no estado de saúde relacionado à atividade laboral,

patologias pré existentes que foram intensificadas com o trabalho em saúde mental e hábitos não saudáveis como o uso de drogas lícitas, privação do sono, má alimentação, intensificados ou adquirido, como podemos ver nas falas abaixo:

Participante com 2 anos de atuação em serviços de saúde mental:"Se eu fosse colocar uma coisa clara que talvez o CAPS, a diferença principal é que eu.. eu lido muito com a questão da... da, da sobrecarga emocional, vou colocar assim, da tristeza. eu acho que hoje eu tenho um apoio melhor. Talvez por esse desafio de falar: "Olha, a gente tem que acreditar no serviço, a gente tem bons profissionais, então acho que a gente precisa melhorar isso". Então eu acho que hoje eu tenho um apoio melhor, e... eu não tenho tanto medo de buscar esse apoio como eu tinha, sabe? Eu acho que é bem isso. Mas o acreditar na equipe, o confiar na equipe, fez toda a diferença".

Participante com 15 anos de atuação em serviços de saúde mental: "minha saúde tem oscilado. Eu observo que também que eu passo por uns processos de stress de picos de stress e ansiedade. eu passei a ser fumante, fumante ativa é… como uma válvula de escape pela questão da ansiedade que eu observo, mas não faço uso de psicotrópico porém eu faço uso de medicações fitoterápicas né, faço uso de práticas integrativas e complementares para equilibrar a minha saúde tanto mental como física... A questão da ansiedade alguns picos às vezes de stress por desmotivação é ocasionado pelo ambiente de trabalho né, inclusive esse período né, de tá fumando mais intensivamente, as vezes logo depois de um processo de desânimo".

Participante com 2 anos de atuação em serviços de saúde mental: "Hoje eu não faço uso de medicações, mas eu já fiz. Porque você tá em um ambiente que você escuta história de todos os tipos, mesmo que você ta com a.. a saúde mental adequada, vai te atingir. Mas hoje eu não to adoecida, não faço uso de medicações. Eu… eu faço terapia".

Através da análise qualitativa dos resultados, de acordo com cada categoria

evidenciada, foi constatado na organização de trabalho, alguns elementos que se assemelham com características apresentadas nas condições de trabalho, como o número reduzido de profissionais nas equipes, que resulta na sobrecarga e acúmulo de funções dos demais trabalhadores e a estrutura física do local de trabalho, novamente apontada pelos profissionais como prejudicial para a oferta de atendimento efetivo ao público e um estressor para o profissional. Nas falas majoritariamente dos profissionais do CAPS II surgiu a necessidade de supervisão técnica e apoio direcionado aos trabalhadores no exercício da função no âmbito da saúde mental, caracterizado como uma vulnerabilidade para a organização e divisão do trabalho.

No que tange às condições de trabalho, identificou-se dificuldades no processo de trabalho e assistência efetiva ao paciente, devido a falta de apoio da gestão e ambiente de trabalho com limitações de espaço, RH, e materiais para a execução das atividades laborais, individuais e em grupo, sendo o último item identificado apenas nas falas dos profissionais do CAPS II. Revela a disparidade nos componentes de infra-estrutura e apoio institucional entre as duas instituições.

Foi observado que os profissionais não mostraram fragilidades nas relações interpessoais, que abrange interações entre, chefia, equipe e os pacientes. Porém é verificado uma insatisfação perante a gestão, referindo falta de apoio, que interfere diretamente na efetividade da assistência aos pacientes. Outro item mencionado é a comunicação precária com outros pontos da rede de saúde mental, para alinhamento das responsabilidades de cada serviço, isso mostra uma fragilidade no componente de interações externas dentro da categoria de relações socioprofissionais e sobrecarga de trabalho para os profissionais dos CAPSs.

Foi observado nos relatos pertencentes à categoria de saúde mental e física que alguns profissionais relacionam sintomas de frustração, ansiedade e acréscimo de hábitos prejudiciais

à saúde a elementos contidos no ambiente de trabalho, visualizados nas demais categorias de análise. É observado também que os profissionais se utilizam de práticas para manter e preservar sua estabilidade emocional e física, como acompanhamento psicológico individual, terapias alternativas e hábitos cotidianos saudáveis.

Os profissionais da saúde mental, particularmente dos CAPSs de Palmas-TO apresentam uma variedade de fatores de risco, como insônia, falta de apoio da gestão no trabalho, frustração, ansiedade e falta de energia, conforme identificado nos relatos analisados da categoria de saúde mental e física. É constantemente verificado na literatura, sinais de esgotamento profissional, estresse e início de transtornos mentais, em que, o ambiente de trabalho envolve insalubridade, sobrecarga de trabalho, carência de apoio institucional, entre outros. Estes, são sinais de alerta para o desenvolvimento de adoecimento físico e mental, que podem desencadear a Síndrome de Burnout (Simões, 2020).

Conclusão

Os resultados apontam que o processo de adoecimento dos profissionais identificados, transcende o ambiente laboral, afetando a vida pessoal, familiar e social. As ações de saúde do trabalhador são importantes, desde o nível da promoção, da vigilância e da atenção. Assim, devem ser reforçadas pela gestão e equipe, no intuito de visar à redução de danos advindos dos processos de trabalho. Se faz necessário a realização de estudos sobre uma abordagem global para se prevenir o adoecimento relacionado ao trabalho. Nesse ínterim, é crucial e urgente a execução de estratégias que permitam a detecção dos fatores de risco, para assim evitar a aparição e agudização da síndrome de Burnout. Priorizando a elaboração de estratégias de promoção da saúde voltada aos trabalhadores, que possam melhorar a qualidade de vida desses profissionais, assim como a excelência da assistência de saúde aos usuários e otimizar os processos de trabalho nos CAPSs de Palmas-TO, levando em conta as diferenças estruturais entre as duas instituições.

Referências

Amazarray, M. R., Farias, O. G. & Feijó, F. R. (2019). Contexto de Trabalho e Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Judiciário Federal no Rio Grande do Sul, Brasil. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, v. 19, n. 3, p. 687–694.

Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. Tradução, Pinheiro Lara, editores. São Paulo: Edições 70.

Benevides, P. A.O processo de adoecer pelo trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Bianchi, R., Schonfeld, I.S.& Laurent, E. Burnout-depression overlap: a review. lin Psychol Rev. 2015;36:28-41.

Brazil. (2001). Ministério da Saúde & Pan American Health Organization. Representação do Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde (No. 114). Editora MS.

Brasil. (2013). 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,176 p. : il. (Cadernos de atenção Básica, n. 34)

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Portaria n° 1.823,de 23 de agosto de 2012 institui a Politica Nacional de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 13 out. 2019.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília.

Brasil. (2011). 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.*

Brasil. (2017). Ministério da Saúde (MS).Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2017; 22 dez.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros [Internet]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 09 out. 2019.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 09 out. 2019.

Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, *39*(2). Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461.

da SilvaJ. F., SilveiraM. C., SantosA. A. dos, ResendeM. A., & De AssisB. C. S. (2020). Síndrome de Burnout em profissionais de Enfermagem no contexto da Atenção Básica. Revista Eletrônica Acervo Saúde, (39), e2320. https://doi.org/10.25248/reas.e2320.2020.

Dejours, C. (2008). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S., Sznelwar, L. I. (Orgs.). (2004). Christophe Dejours: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15.

de Pádua Emérito, A. (2009). Avaliação Psicométrica do Maslach Burnout Inventory em Profissionais de Enfermagem.

Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F. & Azoulay E. (2017). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. Curr Opin Crit Care.13(5):482-8.

Gil, A.C. (2002). Como classificar as pesquisas? Como Elabor Proj Pesqui.4:44–5. Disponível em:<http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf>. Acesso em: 8 out. 2019.

Gomez, C.M., Machado, J.M.H. & Pena P.G.L (2011). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p, 540.

Krug, S. B. F. (2006). Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde.

Lakatos, E.M. & Marconi, M. de A. (2001). Metodologia do Trabalho Científico. 4.ed. São Paulo: Atlas.

Lautert, L. (1995). O desgaste profissional do enfermeiro. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.

Mallar, S.C & Capitão. C. G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. Revista Psico-USF, v. 9, n. 1, p. 19-29. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v9n1/v9n1a04.pdf >. Acesso em: 24 jan. 2020.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. & Job, B. Rev. Psychol. (2000). Disponível em: <www.annualreviews.org>. Acesso em: 24 jan. 2020.

Mendes, A. M. & Ferreira, M. C. (2008). Contexto de Trabalho. In Mirlene Matias Maria Siqueira (Org.). Medidas do Comportamento Organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão. Porto Alegre: Artmed, p. 111-123.

Moss, M. Good, V.S., Gozal, D., Kleinpell, R. & Sessler CN. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. Am J Crit Care.25(4):368-76.

Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: a theoretical overview. International Journal of Social Psychiatry, 42 (2), 82-89.

Onocko-Campos, R. T. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1053- 1062.

Portero, D.A C., Silvia, Cebrino, C. J., Herruzo, C. J & Vaquero, A.M. (2019). Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlae >. Acesso em: 24 jan. 2020.

Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *24*(1), 253-271. https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014

Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. B. Saúde, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p.111- 124.

Santos, J.L.G, Erdmann, A.L., Meirelles, B.H.S, Lanzoni, G.M. de M., da Cunha, V.P. & Ross, R. (2017/0. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. Texto e Context Enferm. TRIGO T.R, TENG C.T, HALLAK.

Simões, J. (2020). Síndrome de Burnout na Equipe de Enfermagem: Desafios e Perspectivas:

Uma Revisão de Literatura. *Arquivos Do Mudi*, *24*(1), 133-144.

J.E.C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. Psiq. Clín, São Paulo, 34(5):223-33. 2007; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

Sanduvette, Verônica. (2007). Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). *Psicologia USP*, *18*(1), 83-100. https://doi.org/10.1590/S0103-65642007000100005

Santos, A. C. W. & Moré, C. L. O. O. (2011). Impacto da Violência no Sistema Familiar de Mulheres Vítimas de Agressão. Psicologia Ciência e Profissão. Santa Catarina, p.220-234.7

Tomaz, H. C., Tajra, F. S., Lima, A. C. G., & Santos, M. M. dos. (2020). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família, p. 16.24. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.190634.Acesso em: 10 fev. 2020.

Zanatta, B. A. (2008). Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP. Tese (doutorado em saúde coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.

Tabela 1

Descrição das dimensões analiticas para análise de dados

Dimensões Analíticas	Definição	Componentes
Organização do Trabalho	É constituída pelos elementos prescritos (formal ou informalmente) que expressam as concepções e as práticas de gestão de pessoas e do trabalho presentes no lócus de produção e que balizam o seu funcionamento.	- Divisão do trabalho: hierárquica, técnica, social; - produtividade esperada: metas, qualidade, quantidade; - regras formais: missão, normas, dispositivos jurídicos, procedimentos; - tempo: duração da jornada, pausas e turnos; - ritmos: prazos e tipos de pressão; - controles: supervisão, fiscalização e disciplina; - características das tarefas: natureza e conteúdo.
Condições de Trabalho	É constituída pelos elementos estruturais que expressam as condições de trabalho presentes no lócus de produção e caracterizam sua infra-estrutura, apoio	- Ambiente físico: sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som; instrumentos: ferramentas, máquinas, documentação; - equipamentos: materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário;

	institucional e práticas administrativas.	- matéria prima: objetos materiais/simbólicos, informacionais; - suporte organizacional: informações, suprimentos, tecnologias; - práticas de remuneração, desenvolvimento de pessoal, benefícios.
Relações Socioprofissionais	É constituída pelos elementos interacionais que expressam as relações socioprofissionais de trabalho, presentes no lócus de produção e caracterizam sua dimensão social.	- Interações hierárquicas: chefias imediatas, chefias superiores; - interações coletivas intra e inter-grupos: membros da equipe de trabalho; membros de outros grupos de trabalho; e - interações externas: usuários, consumidores, representantes institucionais (fiscais, fornecedores).
***Saúde Física e Mental**	É constituída pelos elementos referentes a saúde mental e/ou física relacionados ao trabalho dos participantes	- Alteração no estado de saúde relacionado à atividade laboral na área de saúde mental. - Patologias pré existentes que foram intensificadas com o trabalho em saúde mental. - Hábitos não saudáveis com uso de drogas lícitas, privação do sono, má

		alimentação, intensificados ou adquiridos devido ao trabalho em saúde mental.

Fonte: Mendes & Ferreira, 2008.

* Adaptado pelas autoras, 2020.

Tabela 2

Perfil Sociodemográfico e ocupacional dos profissionais

Perfil Sociodemográfico e ocupacional		**N**	**%**
Sexo	Feminino	9	90%
	Masculino	1	10%
Estado civíl	Solteiro(a)	5	50%
	Casado(a)/União Estável	5	50%
	Divorciado(a)/Separado(a)	0	0
	Viúvo(a)	0	0
Escolaridade	Ensino Fundamental	0	0
	Ensino Médio	0	0
	Ensino Técnico	1	10%
	Ensino Superior Incompleto	1	10%
	Ensino Superior Completo	1	10%
	Pós-graduação	4	40%
	Mestrado	3	30%
	Doutorado	0	0

Cor / Etnia	Branco(a)	1	10%
	Pardo(a)	8	80%
	Negro(a)	1	10%
	Amarelo(a)	0	0
	Indígena	0	0
Profissão/ Função	Enfermeiro(a)	3	30%
	Terapeuta Ocupacional	1	10%
	Psicólogo(a)	3	30%
	Técnico(a) de Enfermagem	1	10%
	Coordenador(a) Administrativa	1	10%
	Assistente social	1	10%
Local de Trabalho	CAPS AD III	3	30%
	CAPS II	7	70%
Tempo de serviço na área da saúde	2 anos e 7 meses	1	10%
	4 anos	1	10%
	6 anos	1	10%
	7 anos	2	20%
	12 anos	1	10%
	15 anos	1	10%
	20 anos	1	10%
	22 anos	1	10%
	30 anos	1	10%

Tempo de serviço na área de saúde mental	2 anos	3	30%
	5 anos	1	10%
	6 anos	1	10%
	9 anos	1	10%
	14 anos	1	10%
	15 anos	1	10%
	17 anos	1	10%
	30 anos	1	10%
Tempo de serviço na atual unidade de saúde	Rodízio	1	10%
	9 meses	1	10%
	1 ano	1	10%
	2 anos	4	40%
	4 anos	1	10%
	5 anos	1	10%
	13 anos	1	10%
Tipo de contrato de trabalho	Efetivo - CLT	0	0
	Efetivo - Concursado	6	60%
	Terceirizado	0	0
	Outro	4	40%
Horário habitual de trabalho	Manhã	6	60%
	Tarde	2	20%
	Noite	0	0
	Integral	2	20%

	Outro	0	0

Fonte: Elaboração das autoras, 2020

Tabela 3

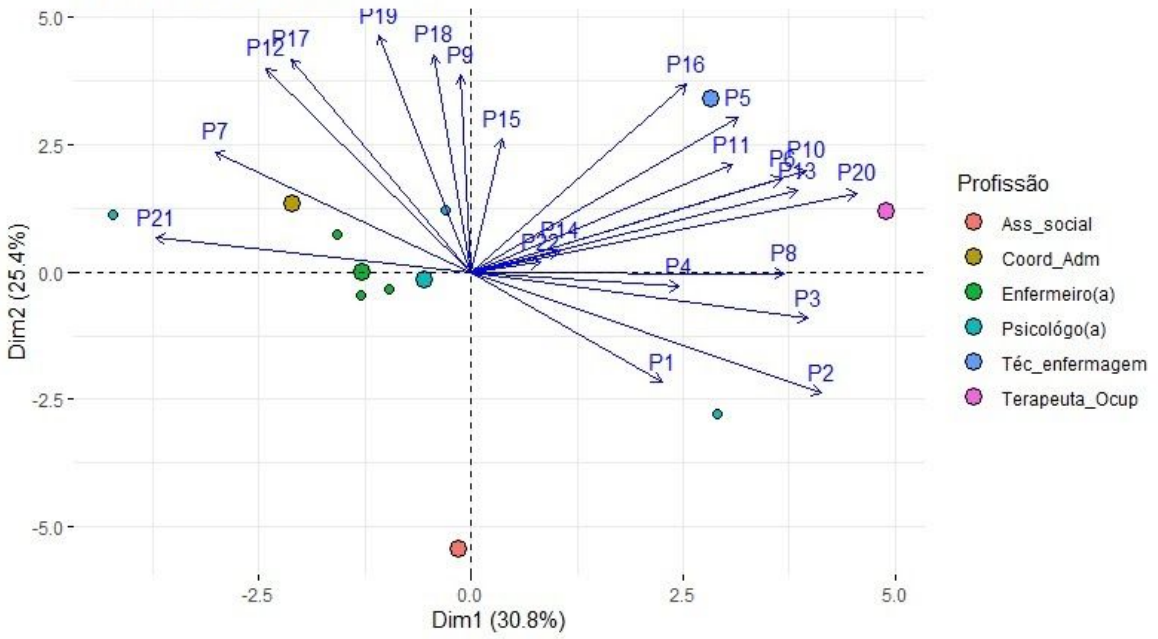
Descrição das dimensões analiticas EACT

Categorias de Análise	**Média**	**Desvio P**	**Alpha**	**Classificação**
Condições de Trabalho	3,19	0,73	0,93	Grave
Organização do Trabalho	2,76	1,02	0,51	Crítico
Relações Socioprofissionais	2,69	0,99	0,80	Crítico

Fonte: Elaboração das autoras, 2021

Figura 1

Gráfico de PCA- Análise de Componentes Principais



Fonte: Elaboração das autoras, 2021.

Revista para submissão: **Psicologia e Saúde.**

<https://www.pssa.ucdb.br/pssa/about/submissions>

Observação: conforme processo de avaliação da revista mencionada, o trabalho deverá seguir sem identificação dos autores para submissão. somente a versão enviada a esta instituição de ensino está nominada.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ATENDIMENTO ON-LINE EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL'S PERFORMANCE IN ON-LINE MENTAL HEALTH CARE IN THE PANDEMIC CONTEXT: AN EXPERIENCE REPORT

Paulianny Mirelly Gonçalves de Sousa[1]
Leny Meire Correa Molinari Carrasco[2]

Resumo: a pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2 atingiu milhões de pessoas infectadas ao redor do mundo. Estima-se que um terço da população poderá sofrer alguma manifestação psicopatológica em decorrência dos impactos da pandemia. Em Palmas, no Tocantins, o Projeto de Atendimento On-line em Saúde Mental/PANDEMIA COVID-19 foi implantado como estratégia de suporte aos profissionais da saúde e à comunidade local. A proposta de intervenção multiprofissional permitiu a inserção de outras categorias profissionais no projeto, além da psicologia, sendo um deles o profissional de educação física (PEF), por isso, o objetivo é apresentar como esta categoria tem atuado no Projeto On-line de Saúde Mental, por meio deste relato de experiência cujo estudo é do tipo qualitativo e de observação participante. A ampliação de oportunidades como esta podem ser canais abertos para a legitimação da educação física no Sistema Único de Saúde do município de Palmas.
Palavras-chave: Educação Física; Pandemia; Covid-19; Saúde Mental.

Abstract: the pandemic caused by the Sars-CoV-2 virus has affected millions of infected people around the world. It is estimated that one third the population may suffer some psychopathological manifestation due to the impacts of the pandemic. In Palmas, Tocantins, the On-line Mental Health Care Project / PANDEMIA COVID-19 was implemented as a strategy to support health professionals and the local community. The proposal for a multidisciplinary intervention allowed the insertion of other professional categories in the project, in addition to psychology, one of them being the physical education professional (PEF), so the objective is to present how this category has acted in the On-line Health Project. Mental, through this experience report whose study is of the qualitative and participant observation type. The expansion of opportunities like this can be open channels for legitimizing physical education in the Unified Health System in the municipality of Palmas.
Keywords: Physical Education; Pandemic; Covid-19; Mental health.

---

[1] Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente cursa residência multiprofissional em Saúde Mental pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/UBRA) em parceria com a Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). E-mail: paulianny_mirelly@hotmail.com,

[2] Graduada em Psicologia - UEL, Graduanda em Medicina - ITPAC Palmas, mestre em Ciências do Ambiente - UFT, especialista em preceptoria para o SUS - Sírio libanês, especialista em psicologia escolar e educacional - CFP, preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, preceptora voluntária da Residência de Psiquiatria - UFT e Professora de Psicologia - IFTO/Campus Palmas. E-mail: leny.carrasco@ifto.edu.br.

INTRODUÇÃO

A descoberta do novo coronavírus (Sars-CoV-2) em dezembro de 2019 em Wuhan, capital da província chinesa Hubei atinge hoje, segundo monitoramento da Organização Mundial da Saúde (OMS), a marca de, aproximadamente, 100 milhões de pessoas infectadas ao redor do mundo (OMS, 2021).

A infecção causada pelo Sars-CoV-2, comumente denominado Covid-19, é capaz de provocar uma síndrome respiratória aguda que se manifesta através de um estado gripal e sintomas como: febre, tosse seca, dificuldade para respirar, dores no corpo, dores de cabeça, diarreia, perda de paladar e olfato, etc, podendo comprometer a capacidade respiratória e evoluir para uma espécie de pneumonia (DIAS et al, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado no mês de fevereiro de 2020 e no dia 11 de março a OMS declarou status de pandemia devido ao alto índice de propagação do vírus. Na terceira semana de abril o Brasil somava trinta mil casos confirmados, ultrapassando a marca de 1.500 mortes, se aproximando de uma taxa de mortalidade em torno de 5,5% (FARO et al, 2020).

Diante do marco superior da taxa de mortalidade, comparado a outras gripes como a influenza, e sua elevada facilidade de propagação, a sintomatologia causada pela Covid-19 de forma moderada a grave tende a aumentar a busca e demanda por atendimento de saúde de forma súbita, causando assim uma superlotação do sistema de saúde, com ênfase na atenção primária e especializada.

Desta forma, medidas de proteção e prevenção foram adotadas como estratégia de contenção da disseminação do vírus. Dentre elas, o distanciamento e isolamento social. Aulas foram suspensas, estabelecimentos públicos e comerciais foram fechados, profissionais foram dispensados do trabalho presencial para trabalhar de forma remota em alguns ramos, exceto os profissionais de saúde e os locais que forneciam serviços ou materiais essenciais e indispensáveis à subsistência humana.

Debates sobre modos de enfrentamento de crises e desastres inesperados, que afetam diretamente o setor da saúde pública, já eram indicados pela OMS. Em outros estudos, os cuidados com a saúde mental, em

momentos de crise, foram tão ressaltados quanto os cuidados primários em saúde.

Como apontado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2020), algumas reações e comportamentos são esperados e que o impacto psicossocial está associado à magnitude da epidemia e ao grau de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra exposta no momento. Desta forma, caso nenhuma intervenção seja realizada, estima-se que um terço da população poderá sofrer alguma manifestação psicopatológica, não necessariamente qualificada como doença, tanto na comunidade quanto nos profissionais de saúde que atuam na linha de frente.

Espera-se entre as reações mais frequentes o medo de morrer, o medo de perder pessoas que amamos ou transmitir o vírus para outras pessoas, perder os meios de subsistência relacionados ao trabalho, ser excluído socialmente, por estar associado a doença, ser separado de entes queridos devido a necessidade de cumprimento da quarentena, não recebimento de suporte financeiro. Logo, sensações tais como impotência, irritabilidade, angústia e tristeza se tornam comuns (FIOCRUZ, 2020).

Com isso, no município de Palmas / TO, foi implantado um projeto de intervenção voltado para a oferta de atendimento on-line em Saúde Mental, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), na Diretoria de Média e Alta Complexidade / Coordenação de Saúde Mental em conjunto com a Diretoria de Atenção Primária/ Coordenação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família, juntamente com a Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) cujo objetivo foi o de ofertar suporte e atendimento on-line em saúde mental, em formato de acolhimento ou atendimento individual (psicoterapia breve, atendimento em educação física ou atendimento em terapia ocupacional) via tecnologia de informação e comunicação (TICS) aos profissionais de saúde que estão atuando na linha de frente no enfrentamento a pandemia, bem como aos pacientes infectados pelo Sars-CoV-2 e demais pessoas, que de forma direta ou indireta foram afetados pela pandemia (PALMAS, 2020).

Cabe aqui, um recorte importante sobre os profissionais atuantes no projeto de atendimento on-line. Neste projeto estavam envolvidos 22 psicólogos, vinculados a SEMUS, e 11 residentes dos programas de residência multiprofissional do município (nove residentes de saúde mental e dois

residentes de saúde coletiva) que atuam como técnicos de referência em saúde mental em 8 territórios de saúde. Isso ocorre porque existem, no município de Palmas, residências em área profissional da saúde as quais foram instituídas em 2005, pela Lei Federal Nº 11.129, as caracterizando assim, como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu,* voltada para a educação em serviço, inserção e qualificação de profissionais da saúde em áreas prioritárias do SUS.

A inserção dos residentes no sistema de saúde de Palmas, significa um quantitativo importante de profissionais atuantes na rede, isso porque, em Palmas, os programas de residência foram implantados através do Plano Municipal de Educação Permanente, publicado em Diário Oficial em portaria conjunta SEMUS/FESP Nº 001/2016. Este Plano se classifica como estratégia de qualificação da rede de saúde de Palmas, por meio do desenvolvimento de perfis de competência em assistência, vigilância, gestão e educação em saúde. A inserção da residência se dá dentro de cada um dos Programas Setoriais de Educação Permanente em Saúde propostos pelo Plano E dentre eles está o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, alocado na categoria que abrange a média e alta complexidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os residentes vinculados ao programa de Saúde Mental de Palmas transitam prioritariamente pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo estes serviços cenários de prática da atuação profissional. Fazem parte atualmente dos cenários de prática do programa os seguintes serviços: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas, modalidade 24h; CAPS II, direcionado a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; Consultório na Rua, direcionado a assistência a pessoas em situação de rua ou moradores de rua; e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com o objetivo de efetivar o apoio matricial na atenção básica. A vivência em cada serviço acontece de forma rotativa, são 8 meses em cada cenário. Entretanto, em decorrência da pandemia, alguns cenários estão sendo vivenciados simultaneamente e outros foram implantados e este foi o caso do projeto de atendimento on-line em saúde mental, o qual se tornou cenário de prática, essencial para a manutenção e efetivação das atividades concernente às residências que aderiram ao mesmo.

Sendo assim, o projeto de atendimento on-line em saúde mental / PANDEMIA COVID-19, iniciou os atendimentos em larga escala no dia 06 de abril com o objetivo de realizar a triagem e o manejo de pacientes que necessitam de suporte da RAPS conforme fluxo existente no município, nele o papel dos residentes em saúde mental foi o de realizar um acolhimento em saúde mental, que ofereceu uma escuta qualificada que foi capaz de identificar a demanda do paciente, avaliar tanto de forma individual quanto coletiva, através de discussões de caso, as questões de saúde mental para que assim, fosse possível encaminhar , adequadamente, aqueles sujeitos que o acessavam aos respectivos pontos de atenção da rede, conforme a necessidade de cada paciente é de acordo com o estabelecido no Protocolo de fluxo do atendimento em Saúde Mental de Palmas.

Todo o atendimento foi realizado de forma virtual. Os pacientes com diagnóstico positivo para Covid-19 eram encaminhados ao projeto pela SEMUS para serem contatados pelos profissionais para a oferta do atendimento. Após ampliação do mesmo, para toda a população do município foi disponibilizado um link virtual na página oficial da prefeitura, onde o paciente poderia solicitar o atendimento de acordo com a demanda espontânea. O link direcionava a um formulário on-line e após preenchimento do formulário a solicitação de atendimento era direcionada aos técnicos de referência. Uma terceira forma de ter acesso ao atendimento é pelo call center, através de ligação telefônica, nos números divulgados pela secretaria.

O protocolo de atendimento segue o seguinte manejo: No primeiro contato o profissional solicita permissão para iniciar o atendimento por ligação de áudio ou de vídeo. Mediante permissão do paciente, o contato é realizado. O atendimento era registrado em uma ficha de acolhimento individual, criada para o atendimento on-line. As fichas de atendimento eram armazenadas em pastas individuais com todas as informações e registros do atendimento que podem ser encaminhadas a outros profissionais para continuidade do mesmo, quando necessário. Toda a logística do armazenamento dos documentos era realizada pelo Google Drive.

Assim, com a crescente demanda por atendimento em saúde mental e a oportunidade de ampliação do projeto, ao final do mês de abril foi proposto a implementação de atendimentos individuais por categorias profissionais, a

proposta foi oferecer atendimento em educação física e atendimento em terapia ocupacional. Para estes atendimentos, foram criados fluxogramas específicos pelos profissionais de cada categoria de acordo com normas e resolução éticas dos conselhos de classe.

Desta forma, após o acolhimento inicial, o paciente podia ser encaminhado para diversos dispositivos da RAS ou para as seguintes categorias profissionais atuantes no projeto: psicologia (psicoterapia breve), psiquiatria (teleconsulta), educação física (atendimento individual) e terapia ocupacional (atendimento individual).

Segue abaixo a produtividade de atendimentos por especificidade no projeto.

2º QUADRIMESTRE	Atendimento Técnico de Saúde Mental (Residentes de Saúde Mental)	4007
	Atendimento pelo link – psiquiatria	47
	Atendimento pelo link – psicologia	926
	Call Center – psicologia	218
	Atendimento em educação física (encaminhamento)	24
	Atendimento em terapia ocupacional (encaminhamento)	32
	Total	**5198**

Fonte: relatórios de produtividade. Coordenação do Projeto de Atendimento On-line.

Neste quadrimestre foi possível verificar que 45% dos pacientes que procuram o atendimento pelo formulário eram pacientes com resultado positivo de COVID 19 e 80% se diziam ansiosos com a situação da pandemia.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica de forma teórica devido a incipiente produção científica do campo da educação física no contexto de pandemia vinculada a

oferta de atendimento, em específico ao SUS, como contribuição na construção de estratégias e ferramentas que possam auxiliar a prática profissional.

PROBLEMA

A ausência de documentos de orientação e regulamentação dos órgãos de classe (Conselho Federal de Educação Física - CONFEF e Conselho Regional de Educação Física - CREF 14ª Região Goiás/Tocantins) como norteadores para a atuação profissional durante a pandemia da Covid-19, o que consequentemente ocasionou um desamparo da categoria frente às mudanças provocadas pela pandemia, em seus diversos cenários de atuação.

HIPÓTESE

Sugere-se como hipótese desta problemática que o pouco espaço que a educação física ainda ocupa no campo da saúde, bem como a importância da categoria e sua contribuição para o acompanhamento e tratamento relativo a saúde mental, não se restrinja aos aspectos biológicos ou físicos, mas que abranja também, aspectos psíquicos, cognitivos, sociais, dentre outros. Mesmo sendo reconhecida há 23 anos como componente da regulamentação de profissões da saúde por meio da resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a categoria só foi incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em fevereiro de 2020. No cenário local, foi a primeira vez em que a categoria profissional se inseriu no campo da saúde mental.

OBJETIVO GERAL

Apresentar como o profissional de educação física (PEF) tem atuado no atendimento on-line em Saúde Mental no município de Palmas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever quais estratégias estão sendo utilizadas na oferta de atendimento on-line;
- Identificar quais a dificuldades na efetivação da proposta;
- Apontar elementos que possam nortear a prática profissional do PEF no contexto de pandemia.

METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo qualitativo de observação participante, enquanto forma de coleta de dados por meio de relato de experiência, a qual é definida como uma técnica utilizada em investigação, onde seus objetivos transpõem a descrição pormenorizada de uma situação específica, o que permite dar orientação, dinâmica de cada momento e sentido identificado, a qual busca descrever a experiência vivenciada entre o período de março a setembro de 2020 no Projeto de Atendimento on-line em Saúde Mental desenvolvido no município de Palmas/TO, com base nos atendimentos da minha categoria profissional (educação física) durante a pandemia Covid-19. (Marconi e Lakatos, 2006).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Com a proposta de implementação do atendimento em educação física foi necessário criar todo o fluxograma de atendimento da categoria de acordo com o formato do projeto e com as ferramentas disponíveis para o atendimento. Os atendimentos da categoria foram iniciados no mês de abril, bem como os demais atendimentos do projeto. Até então, nenhuma nota ou normativa havia sido publicada pelo Conselho Regional de Educação Física (CREF) 14/GO-TO ou pelo Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), direcionada a atuação dos profissionais de educação física no período de pandemia e não havia ainda, conhecimento de nenhuma outra proposta de

atendimento da categoria no âmbito do SUS no contexto de pandemia. Logo, esta foi uma das principais dificuldades na construção da proposta, por não localizar referências bibliográficas, materiais de apoio ou iniciativas similares que pudessem servir de suporte para estruturar o atendimento. Somente no dia 01 de setembro de 2020 que o CREF14/GO-TO emitiu a resolução Nº 087/2020 que regulamenta a atuação do profissional de educação física de forma virtual.

Após regulamentação do conselho regional foi estabelecido que o profissional de educação física devidamente registrado estava habilitado e autorizado a prescrever exercícios físicos e prestar serviços de orientação, auditoria, consultoria e assessoria nas áreas de atividades físicas e do desporto de forma on-line.

Posteriormente, adequar o fluxograma ao formato do projeto também foi um desafio. O mesmo oferecia atendimentos pontuais, que podiam ser solicitados mais de uma vez caso o paciente avaliasse necessário. Desta forma, os atendimentos em educação física deveriam também, ser pontuais, levando em consideração que o acompanhamento longitudinal seria inviável, pelo fato de somente um profissional atuar nessa função e o mesmo atuar também, como técnico de referência, na triagem e acolhimento em saúde mental, exercendo assim, dupla função.

Encontrar formas de ofertar atendimento e suporte aos pacientes que foram encaminhados para a categoria sem um acompanhamento longitudinal foi um obstáculo. Em outros campos de atuação da educação física como o meio fitness alguns profissionais atuam de forma similar ao que foi construído na proposta. As consultorias on-line que já existiam antes do início da pandemia ganharam grandes proporções. Pois, dizia respeito a uma modalidade de trabalho onde o profissional acompanha o aluno ou paciente de forma contínua, diária, semanal ou mensal.

Outro fator que dificultou a construção do fluxograma foi o déficit de profissionais de educação física inseridos no SUS. Como mencionado na introdução deste relato, não há profissionais de educação física efetivos vinculados a RAPS do município. Atualmente, somente três profissionais residentes atuam na saúde mental, sendo que dois destes estavam no primeiro ano de formação e permaneceram trabalhando de forma presencial em regime

de escala nos cenários de prática. Desta forma, não havia outro profissional da categoria no campo da saúde mental no município de Palmas que pudesse contribuir na efetivação da proposta. As sugestões e orientações específicas a intervenção da categoria se deu através de conversas informais com outros profissionais da área, não vinculados à residência, atuantes em outros campos por meio de consultoria on-line.

Após avaliar, construir, aplicar, experimentar e avaliar as estratégias encontradas para os atendimentos em educação física, o fluxograma foi finalizado. O objetivo norteador era viabilizar que as intervenções fossem eficientes e acessíveis.

Assim, a atuação seguiu o seguinte: primeiro, estabelecer critérios de avaliação para o atendimento em educação física, ou seja, uma avaliação da especificidade do caso, da demanda e das necessidades do paciente antecedente ao encaminhamento para a categoria. Esta avaliação era realizada pelo profissional responsável pelo acolhimento inicial ou por outros profissionais da equipe multiprofissional vinculada ao projeto.

Os critérios estabelecidos foram alinhados a estudos científicos associados à pandemia e a prática de atividade física. Desta forma, foi estabelecido que pacientes pertencentes aos grupos de risco expostos à contaminação pelo Sars-CoV-2 teriam prioridade no atendimento, esclarecendo que fazem parte do grupo prioritário no atendimento pessoas com os seguintes agravos de saúde: cardiopatias, diabetes, doenças respiratórias, doenças neurológicas, obesidade e imunodepressão.

Segundo passo, após a criação dos critérios, os mesmos foram compartilhados na preceptoria de núcleo, unidade educacional da residência a fim informar aos colegas como a triagem para o atendimento da educação física poderia ser realizada, efetivado o matriciamento entre pares.

Com isso, todo o fluxo de atendimento foi desenvolvido com base na realidade do projeto, de como seria possível efetivar o atendimento de modo com que dialogasse com a necessidade e realidade do paciente. A adaptação dos atendimentos para a categoria veio de uma avaliação da aplicabilidade e das condições de intervenção, explorando todas as ferramentas digitais disponíveis. O contato era feito por um aplicativo de envio e recebimento de mensagens de texto e áudio, além de chamadas de áudio de vídeo. A

mensagem inicial solicitava a permissão para que uma chamada de áudio ou de vídeo fosse realizada.

O protocolo de sequência de atendimento seguia da seguinte forma: No primeiro atendimento o paciente devia responder a uma ficha de anamnese, que seria referência para a construção do plano de exercícios, prescrição e individualização da intervenção. Ao final da chamada, o paciente era informado que seria contatado uma segunda vez para recebimento do plano de cuidado e das orientações para a realização dos exercícios. Todas as informações registradas durante o atendimento eram armazenadas em prontuário eletrônico juntamente com a ficha de acolhimento inicial do paciente, além da evolução em prontuário eletrônico utilizado pela RAS de Palmas, o e-SUS.

No segundo contato, o paciente recebia, primeiramente, um documento em formato PDF com algumas orientações importantes para a prática de atividade física em casa. Na mensagem que acompanhava o documento era solicitado que o paciente respondesse com a palavra “CIENTE” após a leitura das orientações, como forma de assegurar a ambas as partes a execução do plano de exercícios.

Após confirmação das orientações, o paciente recebia uma mensagem explicativa com nome, descrição do número de séries, repetições e intervalos de descanso dos exercícios sugeridos. Posteriormente, o paciente recebia ainda, um material de apoio em formato de imagem em movimento (GIF), para que pudesse visualizar a forma correta de execução do movimento.

Por fim, o profissional solicitava ao paciente uma devolutiva após a primeira execução do plano de exercícios, para que pudessem avaliar juntos possíveis alterações ou adaptações do plano. Foi possível manter um suporte após o primeiro atendimento, entretanto, não se caracterizava como acompanhamento.

Os atendimentos em educação física foram realizados até a primeira quinzena do mês de setembro, quando o profissional responsável foi remanejado para a retomada do trabalho presencial nos cenários de prática. Dos 24 encaminhamentos realizados nesse período, 18 pacientes foram atendidos, quatro não responderam às tentativas de contato e dois recusaram o atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos desafios de implementação do atendimento em educação física no projeto on-line / PANDEMIA COVID-19, cabe aqui algumas considerações direcionadas aos profissionais de educação física, em específico aos atuantes na saúde pública ou no campo da saúde mental.

Por consequência dos impactos causados pela pandemia, tornou-se ainda mais evidente que o profissional de educação física pode e deve atuar diretamente em intervenções direcionadas a prática de atividade física, associada à saúde mental, como estratégia de promoção da saúde para pessoas de qualquer idade, principalmente aos que apresentem comorbidades e façam parte do grupo de risco, estando propensos a possíveis complicações no quadro de contaminação pelo Sars-CoV-2.

Aparentemente, a manutenção do estado de saúde e do bem estar físico nunca esteve tão associada à saúde mental. A visibilidade conquistada em compor o quadro de especificidades de atendimentos, sugerida e apoiada pela coordenação do projeto já é por si só um avanço, entretanto, aperfeiçoamentos como a disponibilização de um dia específico na escala de trabalho ou inserção de demais profissionais da categoria no projeto poderiam qualificar o atendimento. Os atendimentos eram realizados em janelas de horário entre os acolhimentos, já que havia uma demanda exponencial de acolhimentos a serem realizados e o fato de que o quantitativo de residentes que exerciam o papel de técnicos de referência, os quais faziam acolhimento primário, ser insuficiente a demanda ocorrida na época, impossibilitando, assim, maior espaço para a liberação de dias de atuação específicos a educação física.

Limitações como a descrita acima se devem ao contexto vivenciado durante o período de intervenção e também a questões direcionadas a instâncias superiores e que não eram de governabilidade da coordenação do projeto.

No entanto, ampliar o atendimento em educação física direcionado à saúde mental através das ferramentas digitais disponíveis se revela desafiador, mas também, uma grande oportunidade de exploração do potencial da categoria no SUS. Contudo, barreiras tecnológicas existem e são uma problemática no acesso a este tipo de oferta, principalmente, a populações em

condições vulneráveis, que não tem ao seu alcance dispositivos digitais ou internet.

Não obstante estão os pacientes da RAPS, pessoas com transtornos mentais graves ou persistentes ou que fazem uso de álcool e drogas e até mesmo a população em situação de rua, usuários da rede e dos serviços de atenção psicossocial. Possibilidades e estratégias de atendimento da categoria junto a esses pacientes ainda precisam ser exploradas levando em consideração o contexto de pandemia.

O Projeto de Atendimento On-line foi uma grande oportunidade de reafirmar a importância da intervenção do profissional de educação física no SUS. Mesmo com a sua recente inserção no campo, foi possível afirmar que a categoria foi capaz de contribuir com a construção do cuidado de forma ampliada, não se restringindo a estereótipos e padrões sociais direcionados à categoria. A ampliação de oportunidades como esta podem ser canais abertos para a legitimação da educação física no Sistema Único de Saúde do município de Palmas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. **Institui a Residência em Área Profissional da Saúde.** Brasília – DF: 2005. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>.

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – 14ª REGIÃO. **Resolução CREF 14/GO-TO Nº 087/2020.** Dispõe sobre a atuação do Profissional de Educação Física de forma virtual e através das redes sociais no âmbito do território de competência do Conselho Regional de Educação Física da 14ª Região – CREF14 GO/TO. Goiânia – GO: 2020.

DIAS, Joana Angélica Andrade et al. Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

FARO, André et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 37, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1982-0275-estpsi-37-e200074.pdf>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. **Recomendações Gerais.** FIOCRUZ Brasília – DF: 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. **Orientações aos Trabalhadores dos Serviços de Saúde.** FIOCRUZ Brasília – DF: 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. **Recomendações para Gestores.** FIOCRUZ Brasília – DF: 2020.

OMS. **Painel de monitoramento de infecções causadas pelo coronavírus (mundial).** Disponível em: < https://covid19.who.int/>. Acessado em: 14/01/2021.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Atendimento On-line em Saúde Mental – Pandemia Covid-19**. Palmas - TO: 2020.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **PORTARIA CONJUNTA SEMUS/FESP N. 001, DE 04 DE FEVEREIRO DE 2016.** Institui o Plano

Municipal de Educação Permanente no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Palmas e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Palmas, No 1.440, p.13-17, 12 de fevereiro de 2016. Disponível em: < Diario_Municipio_N_1533_28_06 -.indd (palmas.to.gov.br)>.

Revista para submissão: Humanidades & Inovação, Universidade Estadual do Tocantins (UNITINS).
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/about/submissions>.

Observação: conforme processo de avaliação da revista mencionada o trabalho deverá seguir sem identificação dos autores para submissão. Somente a versão enviada a esta instituição de ensino está nominada.

VÍNCULO LONGITUDINAL ENTRE CUIDADOR DE IDOSO E RESIDENTES DURANTE A PANDEMIA: relato de experiência

LONGITUDINAL BINDING BETWEEN CAREGIVER OF OLDER ADULT AND RESIDENTS DURING PANDEMIC: experience report

Núbia de Souza Gomes[1], Roberta Barros Guerra[2], Rhaissa Christine Ohnishi Carabolante[3], Daniella Pires Nunes[4].

[1] Residente e bolsista do Programa Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP, Palmas-Tocantins, e-mail: nubiagomes85@gmail.com.

[2] Residente e bolsista do Programa Multiprofissional em Saúde Mental, Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP, Palmas-Tocantins, e-mail: robertaguerra53@gmail.com.

[3] Residente e bolsista do Programa de Residência Médica: Medicina Saúde da Família e Comunidade, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP, Palmas-Tocantins, e-mail: rhajoribeiro@gmail.com.

[4] Orientadora, Professora Doutora na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – São Paulo, e-mail: dpnunes@unicamp.br

RESUMO

Objetivo: Descrever a vivência da criação de vínculo longitudinal com cuidador de idoso acamado durante a pandemia do coronavírus, a partir de uma visão interprofissional. **Método:** Trata-se de um relato de experiência realizado por residentes do Programa Saúde da Família e Comunidade e Programa de Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. A vivência se deu por meio de intervenção multiprofissional realizando acompanhamento da cuidadora de idoso. **Resultados:** Os acompanhamentos proporcionados a cuidadora foram significativos e, mesmo não sendo presenciais em virtude do contexto epidemiológico

vivenciado, obteve-se êxito com as intermediações efetivadas porque a usuária foi instruída/ orientada e adquirimos novos saberes. **Conclusão:** partir dessa vivência, foi possível estabelecer vínculo positivo com a cuidadora e implementar intervenções de cuidado, com vista na melhoria de qualidade de vida da usuária.

Palavras-chave: Cuidador. Interprofissional. Continuidade da Assistência ao Paciente. Atenção Primária à Saúde. Vínculos.

INTRODUÇÃO

O crescimento acelerado no segmento de idosos está ocorrendo em países em desenvolvimento com baixa renda e recursos médios, como o Brasil. Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população brasileira manteve tendência de envelhecimento nos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando o limite dos 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2018).

Concomitantemente a essa transição demográfica, identifica-se modificação no perfil das doenças, sendo mais prevalentes as de natureza crônica como as cardiovasculares, diabetes e câncer. Tais doenças quando não controladas, podem desencadear dependência no indivíduo (OMS, 2018). Uma parcela significativa desses idosos apresenta algum tipo de comprometimento funcional e poderá necessitar de auxílio para a realização das atividades de vida diária, requerendo assim de uma outra pessoa que o auxilie, intitulada como cuidador (NUNES *et al*., 2018).

Cabe ressaltar que a maioria dos cuidadores são mulheres, cônjuge ou filhos, do sexo feminino, de meia idade, que não recebe remuneração pela atividade, e prestam auxílio frequentemente (AREIAS; BONFIM; SCHIAVETTO, 2020; AIRES, 2020; FLESH *et al.*, 2019; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018). Muitas vezes, os profissionais que atuam em Estratégias de Saúde da Família (ESF) realizam visitas domiciliares e se deparam com idosos que necessitam de cuidados domiciliares e com cuidadores familiares de idosos que também precisam de cuidados. O que se depreende desses cenários é uma carência de suporte e uma falta de estrutura mais eficaz, que proporcione a esses cuidadores familiares melhores capacidades para prestar um cuidado efetivo ao idoso (AREOSA *et al.*, 2014).

O fato é que, para os cuidadores de idosos, que carecem de cuidados, não há uma rede de cuidados longitudinal nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, desde a atenção primária à especializada. Esse vínculo longitudinal é definido como relação terapêutica entre paciente e profissionais da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS) ao longo do tempo, que se traduz na utilização da unidade básica de saúde (UBS) como fonte regular de cuidado para os vários episódios de doença e cuidados preventivos. O vínculo longitudinal contribui para diagnósticos e tratamentos mais precisos, diminuição dos custos da atenção e maior satisfação do paciente, mas não existe essa assistência específica para o cuidador de idosos (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

No contexto atual devido a pandemia do novo coronavírus, é comum que haja reações e repercussões na vida dos sujeitos, algo que já é esperado diante de uma situação completa. Dentre as repercussões, citam-se as incertezas e cargas de estresse, angústia e ansiedade que a crise sanitária impõe, pela responsabilidade de cuidar do outro e de si (LIMA; FERREIRA, 2020).

Nesse sentido, o vínculo longitudinal de cuidadores seria relevante para acompanhar e promover a saúde mental destes indivíduos, a partir de um acompanhamento multiprofissional. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente (BRASIL, 2017). O estabelecimento de vínculo possibilita que os atores envolvidos compartilhem anseios, preocupações, necessidades de saúde e sociais, e os efeitos das medidas preventivas contra a COVID-19, evitando as consequências negativas do distanciamento social e do cuidar.

Por fim, o presente relato tem por objetivo descrever a vivência da criação de vínculo longitudinal com cuidadora de idoso acamado, durante a pandemia do coronavírus, a partir de uma visão interprofissional.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado por residentes do Programa Saúde da Família e Comunidade e Programa de Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) no Estado do Tocantins, e da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) em Palmas e com o Ministério da Saúde (MS).

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva baseada em reflexão de uma ação ou conjunto de ações, que aborda uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (BEZERRA *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2020).

O cenário utilizado para a execução foi o domicílio de uma cuidadora de idoso acamado cadastrada na Estratégia de Saúde da Família do CSC Laurides Milhomem, no município de Palmas, Tocantins. O motivo da seleção desta cuidadora justifica-se por ter participado de um projeto de pesquisa realizado pelo Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Cuidado da Universidade Federal do Tocantins.

A realização do vínculo longitudinal com a cuidadora foi estabelecida pelas residentes (uma médica, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional). Os acompanhamentos sobre a avaliação e implementação de intervenções foram realizados por contato telefônico ou WhatsApp, quinzenalmente, no período de julho a dezembro de 2020.

Inicialmente, as residentes realizaram a anamnese por suporte telefônico a fim de compreender as condições de vida e saúde da cuidadora. Esta era mulher, casada e possui dois filhos. Residia atualmente com um enteado, um filho, esposo e a mãe, a receptora de cuidados. A mãe da cuidadora teve diagnóstico de Demência de Alzheimer e está sob seus cuidados há mais de 10 anos. Considera-se cuidadora principal e também realiza atividades laborais fora do domicílio e conta com o auxílio do esposo. Em relação a sua saúde, referiu dores musculares frequentes acompanhadas por inchaço e rigidez nas articulações dos membros superiores, principalmente nos dedos (com hipótese diagnóstica de artrite reumatoide). A cuidadora não apresentava sintomas de ansiedade ou depressão e não referiu sobrecarga ao cuidar.

No terceiro contato, a cuidadora relatou uma nova demanda por estar com suspeita de COVID-19, e mostrou-se abalada diante essa situação. Por algumas semanas, as residentes prestaram apoio emocional, orientações sobre cuidados preventivos da COVID-19 e pontos da rede de atenção à saúde estariam prestando assistência para esta demanda específica. Ainda, foram realizadas orientações referentes ao cuidado com sua mãe, que se enquadra no grupo de risco para a doença.

O aconselhamento remoto a respeito da importância da cuidadora procurar o serviço de saúde para acompanhamento das queixas relacionadas a saúde, explicações referentes aos direitos desta como usuária do SUS, orientações sobre o descrito no Estatuto do Idoso disposto na Lei nº 10.741/2003, respectiva a responsabilidade familiar se houver negligência para com a idosa por parte da irmã da cuidadora, esclarecimentos alusivo ao fluxo para solicitar avaliação

da Equipe Multidisciplinar da Atenção Domiciliar (EMAD) do Hospital Geral de Palmas (HGP) para a genitora acamada (questionamento a pedido da cuidadora).

Durante o contato realizado a cuidadora, esta queixou dores nos dois braços e relatou não ter conseguido ir ao trabalho na presente data em virtude do desconforto. Foram reforçadas orientações concernentes à procura dos serviços de saúde. Usuária acatou os direcionamentos e conseguiu consulta médica no CSC de área de abrangência de sua residência, sendo verificada hipertensão arterial e a mesma foi medicada.

A cuidadora sob orientação das residentes, efetuou o pedido para articulação com profissional do Serviço Social do CSC Laurides Milhomem para averiguar a possibilidade de atendimento para início da solicitação de avaliação do EMAD/HGP destinado a genitora da cuidadora e acompanhamento da equipe de saúde a família, e ainda, orientou-se a cuidadora tocante a pesquisa feita no sistema de regulação SISREG pertencente às consultas e Raio X, que aguarda para acompanhamento no seu histórico de saúde.

Neste período de acompanhamento, informou que o médico da Estratégia da Família realizou visita domiciliar e solicitou exames laboratoriais e de imagem. Realizada a continuidade do acompanhamento remoto à usuária, referente a solicitação de avaliação do EMAD/HGP para genitora acamada, devolutiva da situação de encaminhamentos no sistema de regulação SISREG, rearticulação com profissional do CSC de abrangência da usuária/família assistida, troca de saberes entre os integrantes executores do relato e devolutiva para usuária em relação a rearticulação com a Assistente Social do seu território de abrangência.

Diante do descrito, os acompanhamentos foram feitos de forma multiprofissional dentro das possibilidades das partes compreendidas. As orientações/intervenções não foram resolutivas, demandas apresentadas pela cuidadora/família perpassavam além dos serviços ofertados pela atenção básica à saúde, algumas destas pertencem a outros níveis da rede de atenção à saúde (RAS). O princípio e diretriz de resolubilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) preconizado pela Lei nº 8080/1990, não foram atingidos por questões de gestão e ausência do cuidado longitudinal por parte dos profissionais de saúde da área de abrangência da cuidadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer do acompanhamento esperávamos que o cuidado continuado da cuidadora/família tivesse sido efetuado conforme as legislações preveem. Tendo em vista que a cuidadora nos apresentou demandas iniciais das quais já estavam presentes em sua vida há bastante tempo, que até então não haviam sido resolvidas. O resultado, entretanto, foi contraditório. Consideramos por parte das equipes de saúde o desinteresse dos profissionais de saúde em ofertar os serviços previsto pela Política Nacional de Atenção Básica aos sujeitos que fizeram parte destes processos.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

A organização dos sistemas de saúde pode variar entre uma conjuntura de total fragmentação, até a completa integração dos seus componentes, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), busca qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo o alcance da integralidade. A operacionalização das RAS no SUS ainda se encontra em processo de consolidação e discussão de estratégias visando à sua implantação plena, o que tem incentivado a realização de pesquisas científicas sobre esse tema (PEITER *et al.*, 2019).

As orientações foram resolutivas no que se refere aos cuidados que a mesma obteve durante o período em que esteve com suspeita de COVID-19, já que, a partir do contato com as residentes, ela obteve aprendizado de quais pontos da rede poderia procurar ajuda, de acordo com a gravidade dos sintomas apresentados, e de como proceder na solicitação de testes e orientações dos setores que atendiam está demanda. Conforme o Ministério da Saúde, durante a pandemia COVID-19, os fluxos de atendimento da APS foram organizados para atender casos mais leves da doença e encaminhar casos moderados e graves, diminuído assim a circulação de pessoas e superlotação de outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2020). Segundo a cuidadora, tais setores prestaram as devidas orientações sobre isolamento domiciliar, realizaram

monitoramento dos sintomas da paciente de forma remota, além de testes para confirmar ou descartar as suspeitas, assim como estavam sendo atendidas esta demanda em todo o município.

Mesmo com tal acompanhamento, a cuidadora relatou ter ainda algumas dúvidas, que puderam ser atendidas pelas residentes, já que os contatos eram realizados de forma mais frequente. O apoio emocional prestado pelas residentes foi importante também no retorno a suas atividades cotidianas e laborais, e de como retomá-las sem causar prejuízos a seus familiares em meio a pandemia. A organização do trabalho em equipe, de modo a valorizar a atuação de todos os profissionais é uma importante estratégia para formação do vínculo longitudinal, e quando desempenhado de forma colaborativa e sinérgica, contribuiu positivamente para o vínculo.

A experiência do vínculo longitudinal possibilitou reconhecer a ansiedade da cuidadora frente a COVID-19, relatando sinais como boca seca, preocupação constante, insônia e medo. O reconhecimento precoce dessa condição permitiu o estabelecimento de intervenções durante o período de isolamento.

A pandemia gerou impacto psicossocial, em diferentes níveis, em toda população brasileira. Dentre os sinais e sintomas destacam-se: medo aflição, ansiedade, irritabilidade, tristeza e sensação de perda do controle do futuro e da situação, entre outras reações comuns, podem estar má qualidade do sono e alimentação, conflitos em seu núcleo familiar, pensamentos frequentes sobre a pandemia e suas possíveis consequências a sua saúde ou de familiares (FIOCRUZ, 2020).

Outro enfrentamento diante desse cenário é o distanciamento social, no qual os cuidadores encontram-se solitários no processo de cuidar. O cuidado prolongado, geralmente a cargo de uma única pessoa, pode gerar um ambiente desafiador de sobrecarga de trabalho com esgotamento físico e mental interferindo na saúde do cuidador, com consequências negativas sobre a dinâmica de relações de cuidado entre cuidador-idoso (AGUIAR *et al.*, 2020).

A identificação de apoio recebido pela cuidadora é extremamente relevante para a implementação de cuidados junto à família. Cita-se que o apoio do esposo tanto no cuidado da própria cuidadora quanto da sua mãe. Por outro lado, pesquisas apontam que os cuidadores na sua maioria não dispõem de rede e apoio social para efetivarem as atividades na prática cotidiana (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). Nesse sentido, a rede de apoio social representa a teia de relacionamentos sociais que as pessoas mantêm, incluindo relacionamentos próximos

como familiares e amigos íntimos e relacionamentos mais formais com outros indivíduos e grupos (BRITO; PAVARINI, 2012).

O apoio social adequado pode surgir como estratégia para a redução do nível do estresse causado e, consequentemente, melhorar a saúde do cuidador, resultando em melhorias no cuidado prestado. Para além de um melhor cuidado prestado, a saúde mental do cuidador, também pode ser melhorada, se este receber apoio social suficiente (ALMEIDA *et al.*, 2018; LINS; ROSAS; NERI, 2018).

Assim, o reconhecimento do apoio social por meio do vínculo longitudinal advindo dos profissionais de saúde pode trazer um olhar diferenciado, por parte da equipe de saúde que presta assistência ao idoso e seu cuidador, seja no ambiente domiciliar ou hospitalar, norteará a atenção para uma assistência mais humanizada, voltada também para os aspectos psicossociais atrelados ao cuidado e ao convívio com o idoso dependente de cuidados diários (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Os acompanhamentos proporcionados a cuidadora foram significativos e, mesmo não sendo presenciais em virtude do contexto epidemiológico vivenciado, obteve-se êxito com as intermediações efetivadas porque a usuária foi instruída/ orientada e adquirimos novos saberes. É gratificante quando contemplamos o retorno das ações destinadas aos usuários do SUS, brasileiros que têm direitos e carecem de atendimentos integral de qualidade.

As experiências requeridas a respeito do acolhimento da cuidadora para com os integrantes do grupo ficaram registradas na nossa história profissional. O acolhimento, por ser uma diretriz da Política Nacional de Humanização- HumanizaSUS (BRASIL, 2003), nos faz refletir a prática profissional cotidiana no SUS, para que possamos aplicá-la no cenário de prática com compromisso ético de respostas a necessidade dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010).

A construção de vínculo longitudinal com a cuidadora foi estabelecida, sendo notório o acolhimento recíproco entre residente-cuidador. A cuidadora esteve sempre aberta às ações propostas e sentia-se à vontade para contactar as residentes quando houvesse dúvida,

principalmente com as demandas relacionadas ao período em que esteve com suspeita de COVID-19.

Quando o vínculo é harmonioso entre usuário e profissional, haverá na perspectiva do usuário, satisfação referente ao cuidado longitudinal, por estabelecerem relação interpessoal entre o usuário e profissional, o reconhecimento do usuário em sua integralidade e o preparo dos profissionais para auxiliar os usuários.

Desse modo, apresenta-se a necessidade de reorientação da APS e da formação profissional para melhoria dos serviços prestados à população, uma vez que a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo, com a presença de vínculo, relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais de saúde. Por meio disso, este atributo permite que os profissionais de saúde conheçam os usuários/cuidadores, seu contexto familiar e social, comportamentos, hábitos e problemas de saúde, possibilitando o planejamento de cuidados e intervenções adequadas para o cuidado integral (KESSLER *et al.*, 2019).

No decorrer do acompanhamento, apresentaram-se algumas dificuldades, dentre elas a curta duração de alguns contatos (ligações telefônicas) para obtenção de informações e realização de orientações, devido ao fato da cuidadora realizar diversas atividades no decorrer do seu dia, tal fator não influenciou o envio e recebimento de mensagens por WhatsApp, por ser algo mais flexível.

O distanciamento social dificultou a realização de atendimento e intervenções presenciais para realizar os acompanhamentos. No que ser refere aos profissionais de Serviço Social o uso das tecnologias remotas (teleatendimentos) é muito complexo. O teleatendimento é uma ferramenta que restringe analisar a totalidade, o atendimento remoto afetará o cuidado integral do usuário, e não temos como explicar o todo por meio de um atendimento a distância, haja vista, cada demanda ter suas particularidades e carece de uma intervenção de qualidade advinda do Assistente Social.

A introdução das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e dos meios remotos repercute nos processos de trabalho em que nos inserimos, na relação com outras profissões e trabalhadores/as, na relação com usuários/as e nas condições éticas e técnicas de trabalho. As questões que têm impactos na qualidade do serviço prestado, como as dificuldades de acesso do/a usuário/a à internet, as dificuldades de apreensão da realidade e aquelas relacionadas ao sigilo profissional (CFESS, 2020).

Outro fator relevante que merece destaque ao longo do acompanhamento a usuária/ família, é a ausência do cuidado longitudinal, bem como desinteresse dos profissionais de saúde da rede para oferecer o cuidado integralizado aos atores envolvidos, pontos estes observados nas articulações praticadas.

O sistema de saúde mostra-se precário frente a atenção aos idosos dependentes, consequentemente o olhar para os cuidadores de idosos também se encontra bastante carente de atenção. O cuidador familiar de idosos incapacitados, precisa receber orientações de como proceder durante os processos de um cuidado, e receber em casa, visitas periódicas dos profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social e outras modalidades de supervisão e capacitação como prevista na caderneta do idoso (BRASIL,2017).

Tendo em vista a APS como porta de entrada dos serviços de saúde, os profissionais de saúde devem propiciar a longitudinalidade aos cuidadores de idosos, desenvolvendo planos de cuidado mais precisos e eficazes, que proporcionam melhoria da qualidade de atenção em saúde aos usuários com acesso amplo. O plano de cuidado para o cuidador deve ser direcionado para o cuidado de si como cuidar do outro, abrangendo o bem-estar, a saúde física, mental e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa vivência, foi possível estabelecer vínculo positivo com a usuária e implementar intervenções de cuidado, com vista na melhoria de qualidade de vida. A experiência exitosa em realizar o acompanhamento à usuária em questão nos proporcionou uma atuação crítica e reflexiva para intervir no cenário da saúde, impactando positivamente na vida profissional e pessoal das residentes. O trabalho em equipe é imprescindível para as práticas cotidianas na política de saúde.

A residência multiprofissional, é um processo de conhecimento constante, sendo relevante na trajetória profissional dos residentes, reconhece-se o potencial da formação em serviço no Sistema Único de Saúde (SUS), todavia, foi possível experimentar desafios e angústias. A residência multiprofissional promove o amadurecimento profissional, fator importante para ressignificação das práticas de cuidado a saúde em prol da concretização dos direitos de cidadania dos usuários do SUS.

O contexto em que o acompanhamento se deu, proporcionou ainda uma maior compreensão sobre novas capacidades de atuação frente a pandemia COVID-19, foi algo novo

para todos, inclusive os profissionais que prestaram e continuam prestando assistência aos acometidos. Apesar de não haver um protocolo de cuidado, utilizamos os conhecimentos que tínhamos dentro das possibilidades, lançando mão das tecnologias, mensagens e ligações, para poder prestar um atendimento eficaz e qualidade à cuidadora. Dessa forma, a assistência foi prestada de forma contínua, garantindo a longitudinalidade do cuidado e possibilitando a criação de vínculo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. F. F. et al. Ambiente Domiciliar Seguro para o Cuidado de idosos em tempos de pandemia da COVID-19. Enfermagem Gerontológica no Cuidado ao Idoso em Tempos da COVID-19. **Série Enfermagem e Pandemias,** v. 2. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/09/E-BOOK-GERONTO-II.pdf. Acesso em: 23 set. 2020.

AIRES, M. et al. Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em cidades pequenas**. Rev. Gaúcha Enferm.,** v.41, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200419&tlng=en. Acesso em: 24 out. 2020.

ALBUQUERQUE, F. K. O. et al. Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme,** v.87, n. 25, 2019. Disponível em:https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/189/91 Acesso em: 24 out. 2020.

ALMEIDA, W. L. S. et al. Apoio social e processamento cognitivo entre idosos cuidadores e não cuidadores de outros idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., v. 21, n. 6, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n6/pt_1809-9823-rbgg-21-06-00657.pdf. Acesso em 22 ago. 2020.

AREIAS, B.B.; BONFIM, M.M.; SCHIAVETO, F.V. A participação da enfermagem frente ao cuidador de idosos portadores de Alzheimer. **Revista Fafibe On-Lin**e, v. 8, n. 1, 2015.

AREOSA, S. V. C. et al. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 15, n. 2, 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012 Acesso em: 20 set. 2020.

BEZERRA, G. C. et al. Implementação do grupo hiperdia em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde,** v.1, n.1, 2015**.** Disponível em: http://www.redcps.com.br/exportar/3/v1n1a03.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** 4ª edição. Brasília-DF. 2017.. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf. Acesso em: 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de atendimento da Covid-19 estendem prazo de funcionamento.** 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/centros-de-atendimento-da-covid-19-estendem-prazo-de-funcionamento. Acesso em 12 fev. 2021

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento das práticas de produção de saúde**. 2a. edição. 5ª reimpressão. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível: https://conselho.saude.gov.br. Acesso em 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde . Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 out. 2020.

BRITO, T. R. P. de; PAVARINI. S. C. I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,v. 20, n. 4,2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_07.pdf. Acesso em: 21ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Teletrabalho e Teleperícia**: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia. CFESS, 2020. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-teletrabalho-telepericiacfess.pdf. Acesso em: 24 set. 2020.

FLESH, L. D. et al. Factors associated with the quality of life of elderly caregivers of other elderly persons. **Rev. bras. geriatr**. **gerontol**., v.22, n.3, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232019000300201&script=sci_abstract. Acesso em: 18 ago. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia.** Recomendações gerais. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf >. Acesso em 31 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Idosos indicam caminho para uma melhor idade.** Disponível em: https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html. Acesso em: 27 ago. 2020.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A.; S. ZAZZETTA. M. S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Rev. bras. geriatr. Geronto**l. v.21, n.2, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200194&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 set. 2020.

KESSLER, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta paul. enferm**. v.32, n.2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002019000200186. Acesso em: 21 nov.2020.

LIMA, C. F. M. FERREIRA, M. A. F. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no Enfrentamento da Pandemia COVID-19. Enfermagem Gerontológica no Cuidado ao Idoso em Tempos da COVID-19. **Série Enfermagem e Pandemias.** Volume I. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/E-BOOK-GERONTO.pdf. Acesso em: 23 set. 2020.

LINS, A. E. S. ROSAS, Caroloa. NERI, Anita Liberalesso. Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos**. Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.21, n.3, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300330&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em 22 ago. 2020.

MENDES. E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2a ed., Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 11 fev. 2021.

NUNES P. D. et al. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. **Rev Bras Enferm,** v. 71**,** 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0844.pdf. Acesso em: 17 ago. 020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS:** Folha informativa - Transtornos mentais. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em 18 out. 2019.

PEITER. C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery,** v.23, n. 1, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452019000100801&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 11 fev. 2021.

PEREIRA, M. O. et al. Superando os desafios para oferecer formação de qualidade em enfermagem psiquiátrica. **Rev. Bras. Enferm.** v.73, n.1, 2020. Disponível em**:** https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020000100501&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt**.** Acesso: em 01 out. 2020**.**

SANTOS, R.O.M; ROMANO, V.F.; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 2, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312018000200602&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2020.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL EM TEMPO DE PANDEMIA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Maria Dengo
https://orcid.org/**0000-0003-1333-2226**
alinedengo@outlook.com

Ramidh Fonseca Feitosa
https://orcid.org/0000-0002-4301-2824
Ramidh2@hotmail.com

Ana Carolina Peixoto
https://orcid.org/0000-0002-2051-7838
ana.carol57@hotmail.com

Resumo: O estudo buscou elucidar a experiência da Residência em Saúde Mental no cenário de prática CAPS AD III de Palmas – TO no período de pandemia pelo novo coronavírus - COVID-19, suas relações teóricas e legislativas com a vivência como isso impactou na experiencia e consequentemente, no processo de ensino-aprendizagem dos residentes. Isso se deu por meio do registro em diários de campo das experiências vivenciadas, no período de novembro de 2020 à junho de 2021 e posteriormente, a realização de uma análise qualitativa com considerações reflexivo-críticas sobre os achados. Observou-se que os grandes impactos no aprendizado dos residentes consistiram, em suma, na alteração da dinâmica do serviço pela pandemia. Percebe-se potencialidades que possibilitam a criação de novas estratégias e fragilidades, como a dificuldade em execução do proposto. Ainda, a desaceitação da equipe em apropriar-se das propostas dos residentes e dificuldade dos mesmos em desenvolverem suas capacidades, e, quando a prática encontra-se em curso, a nova mudança de local de atuação. Conclui-se, a partir do exposto, que as circunstâncias de pandemia impactaram de diversas formas no aprendizado, e ainda, a resistência da equipe e dinâmica do serviço, bem como, dos processos rotativos da residência precisam ser considerados e refletidos posteriormente, pois influem diretamente no modo de trabalho e vivência dos residentes, consequentemente, em suas intervenções. Sugere-se novos estudos e explanações sobre os processos de ensino-aprendizagem considerando as ponderações dos residentes que estão vivenciando diretamente esse processo.

Palavras-chave: CAPS AD; Residência Multiprofissional; Novo Coronavírus; COVID-19.

MENTAL HEALTH CARE IN A TIME OF PANDEMICS - AN EXPERIENCE REPORT

Abstract: The study sought to elucidate the experience of Residency in Mental Health in the CAPS AD III practice scenario in Palmas - TO during the period of pandemic by the new coronavirus - COVID-19, its theoretical and legislative relationships with the experience as it impacted on the experience and, consequently, in the teaching-learning process of residents. This was done through the registration in field diaries of the experiences, in the period from November 2020 to June 2021 and later, the performance of a qualitative analysis with reflective-critical considerations about the findings. It was observed that the major impacts on the residents' learning consisted, in short, in the change in the service dynamics caused by the pandemic. Potentialities that enable the creation of new strategies and weaknesses, such as the difficulty in executing the proposal, are perceived. Still, the team's refusal to take ownership of the residents' proposals and their difficulty in developing their skills, and, when the practice is in progress, the new change of place of work. It is concluded, from the above, that the circumstances of the pandemic impacted learning in different ways, and also the resistance of the team and the dynamics of the service, as well as the rotating processes of the residence, need to be considered and reflected later, as they influence directly in the way of working and living of the residents, consequently, in their interventions. New studies and explanations about the teaching-learning processes are suggested, considering the considerations of residents who are directly experiencing this process.

Keywords: Multiprofessional Residence; New Coronavirus; COVID-19.

Introdução

A pandemia pelo novo coronavírus trouxe diversos impactos em todos os aspectos cotidianos, incluindo a interferência na dinâmica ocupacional e laboral, com ênfase nos serviços de saúde (CRUZ, et al, 2020).

Algumas situações trazidas pela pandemia, como o isolamento social, distanciamento, lockdown, trabalhos de forma remota, morte e luto, crise financeira e consequente perda e/ou diminuição de renda, aumento do uso de álcool e outras drogas e do número de crises, foram pontos observados e considerados de suma importância na análise provida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020) que ressaltou a necessidade de atenção e investimento na saúde mental.

Considerando a demanda de saúde mental no Brasil, agravada diante dos fatores ocasionados pela pandemia, bem como, levando em conta as medidas e direcionamentos sanitários para diminuir a proliferação do vírus, diversas diretrizes sobre o modelo de atuação e atendimento em saúde mental foram repassadas, como a Recomendação Nº 040/2020 (BRASIL, 2020) que instituiu orientações sobre os atendimentos em saúde mental no momento de pandemia pelo novo coronavírus, redirecionando os atendimentos e ofertas de serviços.

Os serviços especializados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) destinados a prestar assistência às pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas são os Centros de Atenção Psicossocial, cada qual de acordo com sua modalidade. A proposta dos CAPS é o trabalho territorial e comunitário, que considera os indivíduos como pertencentes à um local, isto é, são integrantes e compõe um espaço de visibilidade, e o cuidado é norteado por um Projeto Terapêutico Singular elaborado de forma multidisciplinar, que contribui para a construção de uma rotina ligada ao serviço (BRASIL, 2012).

Além de ser local de assistência em saúde mental, os CAPS também são dispositivos de educação permanente em saúde, compondo os cenários de prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da cidade de Palmas-TO. Esses impactos interferem também, na reorganização e mudança no processo de aprendizagem dos residentes em saúde, uma vez que, grande parte de sua formação teórico-prática acontece nos serviços de saúde. Este trabalho é construído a partir da vivência de residentes da área multiprofissional de saúde mental no período de Novembro de 2020 à Julho de 2021 no CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas).

Objetiva-se por conseguinte, demonstrar e refletir sobre as atividades previstas por meio da legislação vigente e da literatura, sobre a proposta e a oferta em cenário de prática, durante um período da pandemia pelo novo coronavírus e como impactam no aprendizado dos residentes. O método utilizado se dá por meio de registros e anotações em diários de campo, propondo uma análise qualitativa, relatando a experiência e considerações reflexivo-criticas encontradas durante o processo de trabalho e de análise dos resultados obtidos.

A Trajetória da Saúde Mental no Brasil

A assistência em saúde mental foi negligenciada durante séculos, sendo o adoecimento psíquico atribuído a outros fenômenos. Durante a Idade Média, o adoecimento psíquico era visto a partir dos moldes religiosos, considerado como possessão demoníaca. Um dos movimentos de exclusão característico dessa época foi o "Nau dos Loucos", onde pessoas julgadas loucas eram colocadas em porões de barcos e lançadas ao mar (FOUCAULT, 2008).

Com a instituição dos hospitais psiquiátricos de modelo asilar nos anos seguintes, tem-se uma higienização social de todo aquele que era considerado indesejado na sociedade, isto é, eram institucionalizados os desabrigados, pobres, doentes, prostitutas, pessoas com deficiências físicas e os considerados ‘loucos’. Esses locais serviam como depositários humanos, e suas precárias condições de cuidado, higiene e assepsia contribuíam para a proliferação de diversas doenças. Quando a doença passa a ser vista como um problema de cunho orgânico, Pinel funda estratégias disciplinares pautadas na ordem, como o isolamento e camisa de força, visando normalizar e conter os internos para que recuperassem a racionalidade (BARBOSA et al, 2016).

Durante o século XX, com o desenvolvimento tecnológico e a produção e aprimoramento de medicações, resultando em um avanço da psicofarmacologia há um deslocamento e uma abertura da psiquiatria institucional para a prática de outros modelos de atendimento. Desse modo, com a psiquiatria ambulatorial e a prática liberal de psicoterapias as neuroses são dissipadas dos manicômios e paulatinamente sendo integradas na subjetividade do homem moderno, estreitando o conceito de doença mental em torno de psicoses, representadas pelos delírios e alucinações. Concomitante a isso, entre as décadas de 1960 a 1980 novas modificações vão ocorrendo, sendo inclusive, fruto do movimento antipsiquiátrico, que questiona a psiquiatria institucional e repensando os conceitos de “loucura” considerando os dilemas existenciais e demais condições biopsicossocioculturais das pessoas (CARNEIRO, 2008).

Em meados da década de 1970, após diversas denúncias de violação de direitos humanos e insalubridade dos locais, se desperta para um olhar humanizado e reflexivo sobre a saúde mental. Esse processo inicia-se na Itália por Franco Basaglia, propondo uma reforma na psiquiatria de base, e estende-se inicialmente, por toda a Europa e então, para todo o mundo (DESVIAT, 2015).

No Brasil, é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, inspirados na reforma psiquiátrica italiana, na Revolução Francesa - com seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade - e em conhecimento das condições que os pacientes dos hospitais psiquiátricos eram mantidos, iniciam o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A Reforma visava a reinserção social e desinstitucionalização dos sujeitos esquecidos e excluídos do convívio social nos manicômios. Ainda, a luta antimanicomial também representou – e representa – um movimento social e marco de grande importância para a mudança no modelo asilar. (BRASIL, 2005).

Vários movimentos foram realizados até a consolidação da Reforma, como a Carta de Bauru apresentada no Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, em dezembro de 1987 na cidade de Bauru (SP) e foi um movimento de suma importância, que reuniu diversos trabalhadores, militantes, familiares e usuários de saúde mental que reivindicavam o fim dos manicômios asilares e uma nova estrutura de atendimento em saúde mental, dando origem ao projeto de lei Paulo Delgado. Esse movimento é de fato consolidado em abril de 2001 por meio da publicação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a partir desta, são criadas novas leis e portarias redirecionando e oferecendo estratégias para atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e usuários de álcool, crack e outras drogas, sem a necessidade de uma internação restrita do convívio social (AMARANTE, 1995).

Por outro lado, ao falar sobre o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, é importante salientar o estigma que esses sujeitos carregam, sendo diversas vezes relacionados à criminalidade e delinquência. Isso contribui também para o preconceito no atendimento e cuidado em saúde, muitas vezes sendo igualmente negligenciados, julgados como bêbados, drogados que não merecem a atenção e cuidado como os demais usuários (PAULA, et al, 2014).

Assim sendo, as políticas de cuidado em saúde mental, bem como a Política Nacional de Humanização são fundamentais no atendimento, colaborando para assegurar os princípios do SUS, estimulando a cidadania e garantindo direitos, principalmente em populações vulneráveis e estigmatizadas, como é o caso dos usuários de álcool, crack e outras drogas.

O Cuidado em Saúde para usuários de Álcool, Crack e outras drogas

De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira (BASTOS et al, 2017) e levando em consideração a heterogeneidade do país, composto de diversas culturas, observou-se que a maconha é a droga mais consumida no país (com mais de 7% da população pesquisada) - e menos estigmatizada. Já o crack, teve um número reduzido se comparado à pesquisa anterior (com 0,9% de consumidores regulares), entretanto, vale ressaltar que a pesquisa é de caráter domiciliar, e o consumo de crack é comumente em ambientes públicos e por pessoas em situação de rua, com mais de 360 mil pessoas em uso problemático de crack no Brasil (correspondendo à 0,9% da população da pesquisa), como apontado na Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack (BASTOS e BERTONI, 2014). Entretanto, o álcool revelou um padrão de consumo alarmante no país (com 16,5% da população pesquisada), e também, o maior causador de mortes quando comparado as outras drogas (BASTOS et al, 2017). Considerou-se diversos aspectos que corroboram na liderança do álcool no ranking, como ser uma substância lícita, de fácil acesso e que faz parte da cultura brasileira. Esses dados são fundamentais para compreender o perfil da população e pensar em estratégias e políticas de saúde para atender tal demanda.

Considerando os diversos movimentos de reestruturação e reorganização do modelo de atendimento em saúde mental, atenta-se especificamente a população usuária de álcool, crack e outras drogas, como uma população com características especiais e uma demanda significativa, necessitando de uma atenção especializada e direcionada para suas necessidades. A saúde mental dispõe de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída a partir da Portaria nº 3.088/2011, que engloba diversos dispositivos de cuidado em saúde, incluindo a atenção primária, secundária e terciária, como instrumentos territoriais, que colaboram para a qualidade de vida e autonomia dos usuários.

Um dos principais apoios da RAPS são os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), instituídos pela portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002). Os CAPS têm como objetivo o acolhimento e tratamento de usuários com transtornos mentais e pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, baseado no cuidado integral, preservando a autonomia e pautado nos princípios de humanização dos serviços de saúde. Os CAPS de acordo com a Portaria nº 3088/11 (BRASIL, 2011) e a portaria nº 3588/17 (BRASIL, 2017) são caracterizados de acordo com o porte do município, a equipe multiprofissional e a oferta de atendimentos, podendo ser: CAPS I (acima de 20 mil habitantes); II (acima de 70 mil hab.); III (acima de 300

mil hab.), CAPS Álcool e outras Drogas - CAPS AD (acima de 70 mil hab.); CAPS infanto-juvenil – CAPSi (acima de 150 mil hab.); CAPS AD III (funcionamento 24 horas acima de 200 mil hab.) e CAPS AD IV (acima de 500 mil hab. ou capitais de estado) cada qual, com seu público específico.

O modelo psicossocial adotado pelos CAPS busca somar a integralidade do sujeito, observando os fatores biopsicossocioculturais, considerando a territorialização e descentralização do cuidado, preocupando-se com as demandas de sofrimento psíquico, buscando a reinserção social, empoderamento e autonomia do sujeito, pelo cuidado interdisciplinar, combatendo estigmas e preconceitos (DIEHL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2019). O serviço ofertado constitui-se como diário, de caráter aberto e comunitário com atendimentos multidisciplinares como atendimentos individuais, psicoterápicos, oferta e dispensa de medicação, grupos terapêuticos, visitas e atendimentos domiciliares, atendimentos voltados para a família do usuário assistido e atendimento de reabilitação psicossocial, sendo uma estratégia substitutiva ao modelo asilar.

No que tange os Centros de Atenção Psicossocial modalidade Álcool, Crack e Outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), explanar-se-á acerca das atividades previstas e asseguradas na legislação vigente, isto é, instituído pela Portaria nº 336/02 (BRASIL, 2002) e redefinido pela Portaria nº 130/2012 (BRASIL, 2012), bem como, suas disposições, funcionamento e recursos humanos.

O CAPS AD III é um serviço de base territorial, que funciona no caráter de portas abertas, sem a exigência de encaminhamento, 24 horas por dia nos 7 dias da semana, sem agendamentos ou impedimentos. Visa a atenção integral e contínua aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Oferta atendimentos individuais e grupais nas diversas categorias profissionais que compõem a equipe, bem como, oficinas terapêuticas, como capacitações e/ou atividades laborais, dispensa de medicação e assistência para a mesma, isto é, a orientação sobre uso. Dispõe de leitos para acolhimento noturno, pautados principalmente na desintoxicação, repouso e proteção, não sendo medida de abrigo noturno nem de longa permanência. Ele pode atender ou não crianças e adolescentes, entretanto, caso atenda é necessário se adequar ao que o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) prevê (ibid., 2012).

O tratamento é guiado pelo Projeto Terapêutico Singular, elaborado pela equipe multidisciplinar em conjunto com o usuário e seus familiares, com vias a auxiliar em seu cotidiano e melhorando a qualidade de vida. Conta com profissionais de referência para o acompanhamento dos usuários e seus familiares, ofertando ainda, suporte para a família,

independente do vínculo que o usuário tenha com o serviço, isto é, nos casos onde o usuário se desvincula do serviço, mas a família ainda busca auxílio e cuidado (ibid., 2012).

O trabalho do CAPS AD é orientado pela Política de Redução de Danos instituído pela Portaria nº 1.028/2005 (BRASIL, 2005), sendo um conjunto de estratégias direcionadas a minimizar os riscos e danos associados ao uso de drogas, mesmo que os usuários não desejem ou não consigam interromper o consumo. Essas estratégias contribuem na prevenção, atenção e suporte social dos usuários, incluindo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais, agravos em saúde, tratamento para dependência, ainda, distribuindo insumos que corroborem com essa premissa, como preservativos, água potável, seringas e agulhas, canudos descartáveis, entre outros (INGLEZ-DIAS, 2014).

Para que se oferte o cuidado integral e articulado entre diversos serviços da RAPS, faz-se necessário a atuação intersetorial e multidisciplinar, de modo coletivo e grupal, se articulando aos diversos pontos da rede, como os serviços de urgência e emergência, matriciando e orientando a atenção primária, buscando dispositivos territoriais, como igrejas e parques, sempre na ótica da interdisciplinaridade e cuidado contínuo.

Essa prática assegura o cuidado descentralizado do paciente, envolvendo outras esferas que o afetam, como atendimento e orientação para familiares, tanto *in locu*, quanto em visitas e atendimentos domiciliares. Esse é um fator relevante, pois como prevê, o CAPS AD III abrange um número populacional extenso e/ou regional, podendo ser um fator de dificuldade de acesso para alguns usuários e familiares em situações vulneráveis. Assim, garantindo outros fatores previstos, como a inclusão, a acessibilidade, autocuidado, resgate de autonomia e cidadania, tanto do usuário como de seus familiares, por meio da estimulação do protagonismo destes, através de assembleias, reuniões e repasse de conhecimentos (ARAÚJO e SOARES, 2018).

Considerando a equipe efetiva mínima, outros profissionais que compõe o cenário do CAPS AD III são os residentes em saúde, que apoiam nas ações em saúde mental e na qualificação por meio da educação permanente, com a inserção de profissionais em processo de formação, desenvolvendo atividades junto ao cenário de prática, orientado pelos profissionais preceptores e aprimorando o serviço (WETZEL, 2018).

As Residências Multiprofissionais em Saúde

As Residências Multiprofissionais em Saúde são uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, de caráter especialização por meio de ensino em serviço, orientadas pelos

princípios e diretrizes do SUS, instituídas a partir da Lei n° 11.129/05 (BRASIL, 2005) e constantemente sendo regulamentadas. A Portaria nº 1.077/09 (BRASIL, 2009) elucida as promulgações anteriores e institui sobre as bolsas de residentes multiprofissionais e estabelece a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) que é responsável pela avaliação, supervisão e regulação destes. As profissões abrangidas como equipe multiprofissional são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A residência possui caráter de dedicação exclusiva, inserção em cenários de prática locais, de acordo com a proposta de cada programa, isto é, de acordo com a formação que cada especialização se propõe, integrando saberes e práticas, construindo competências compartilhadas que propiciam a educação permanente em saúde. É importante salientar que a regulação da residência é feita pela parceria entre o Ministério de Educação e o Ministério da Saúde, sendo regulamentados por estes, o que lhes confere o caráter de estudantes-bolsistas e não de trabalhadores efetivos dos serviços em saúde.

No programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental de Palmas – TO, algumas particularidades importantes ocorrem, devido ao perfil da cidade, a proposta pedagógica e metodológica e também, a organização interna da instituição que rege as residências. Os residentes em Saúde Mental vivenciam quatro cenários de prática, embora possam haver exceções é essa a proposta pedagógica, sendo eles o CAPS II, o CAPS AD III, o Consultório na Rua e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF e são acompanhados por profissionais preceptores em cada serviço, além de participarem de outros espaços de aprendizagem que contribuem para a integração teoria-prática. Esses cenários são vivenciados em ciclos de oito meses, isto é, de todos os residentes, subdividem-se em grupos que passam um período em cada cenário, alternando-se após o final do ciclo. Em suma, os residentes experienciam oito meses no CAPS II, oito meses no CAPS AD III e oito meses no Consultório na Rua e NASF, concomitantemente. É importante ressaltar que, os residentes vão para NASFs distintos, de acordo com território em saúde que estão inseridos.

As residências em saúde corroboram para o aprimoramento profissional e endossa a necessidade da educação permanente dos profissionais do SUS, assegurando os princípios e diretrizes deste, visando desenvolver práticas em saúde de qualidade, atitude crítica, garantindo a integralidade e interdisciplinaridade, tanto para os usuários quanto para os profissionais e gestores.

Mas e a prática?

A partir da ciência do funcionamento do CAPS AD III e das Residências Multiprofissionais em Saúde em Palmas, as residentes vivenciaram o período de prática no referido local, onde pode-se observar seu funcionamento, particularidades e realizar intervenções. Registrou-se esses processos em diários de campo, para que fosse possível a realização da análise da produção e observações críticas das residentes.

De acordo com Costa, Ronzani e Colugnati (2017) refletem levando em consideração que o processo de efetivação das políticas e legislações não é linear e, embora esses avanços sejam fundamentais e importantes em seu contexto prático e cotidiano, por vezes há um desalinhamento do proposto e do executado. Não se tratam apenas de conceitos e propostas, mas são moldados pelos contextos sociais, econômicos e políticos, dependendo inclusive das pessoas e dispositivos, abarcando seus valores, concepções e subjetividades.

A partir do estudo e da reflexão crítica que permeia as vivências de cenário de prática, registros de diário de campo, e as considerações acerca da legislação em vigor, constatou-se, durante o período de pesquisa e levantamento de dados, dois momentos de grande relevância. Nos períodos de novembro de 2020 à fevereiro de 2021 e de março à junho de 2021, marcados pela pandemia da COVID-19 e, consequentemente, por medidas de prevenção e controle sanitário, o serviço foi caracterizado por mudanças na oferta de serviços e atendimentos. A situação de emergência em saúde e, posteriormente, o início e abrangência do período de vacinação contra o novo coronavírus, impactam diretamente na oferta e modelo de atendimentos, sendo assim, fatores importantes que não devem ser preteridos.

Observou-se que, no primeiro período de intervenção e análise, o serviço funcionou com ofertas e práticas limitadas, como a dispensa medicamentosa, alguns atendimentos individuais, principalmente em psiquiatria, clínica médica, psicologia e terapia ocupacional, acolhimento 24 horas (com quantidade reduzida, sendo admitido um usuário por quarto), atendimento com técnico de referência, reuniões de equipe, reuniões de final de turno e busca ativa, ficando suspensa todas as atividades grupais, territoriais e domiciliares, limitando o enfoque das propostas e diretrizes de CAPS e fazendo uma releitura de um serviço ambulatorial.

O trabalho ambulatorial, em sua premissa, como explica Cardozo e Monteiro (2020) é uma alternativa à desospitalização psiquiátrica de base asilar, entretanto, é um serviço constituído e pautado basicamente em consultas individuais, que, quando não surtem os efeitos esperados com a intervenção medicamentosa, redirecionam para internações de curta e média

duração. Essa crítica faz-se necessária pois, considera-se um árduo trabalho todo o percurso da Reforma Psiquiátrica que, na prática e por influências externas, pode estar retrocedendo a lógica manicomial.

Durante mais de 30 anos – desde o manifesto da Carta de Bauru - a atenção psicossocial brasileira lutou por seus ideais pautados na liberdade, integralidade do cuidado e humanização, entretanto, nos últimos anos percebe-se um retrocesso e adesão as propostas e ideais que não corroboram com a lógica de cuidado antimanicomial. Entretanto, iniciado em 2017 pela Resolução N° 32/17 (BRASIL, 2019), uma sequência de modificações na RAPS foram ocorrendo. Em 2019, com a promulgação da Resolução n° 8/19 (BRASIL, 2019) e a Nota Técnica n°11/19 (BRASIL, 2019), um novo modelo de política de saúde mental foi promulgado, sendo caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica e uma ruptura com a política sobre álcool, crack e outras drogas, isto é, seu foco passa de um caráter de saúde pública para práticas proibicionistas e punitivas, indo em desencontro com a Política de Redução de Danos.

Isso gera um grande impacto inclusive, no financiamento de instituições, pois o repasse financeiro é direcionado para a lógica ambulatorial-hospitalar, como proposto pela Portaria de consolidação GM/MS nº 6/17 (BRASIL, 2017), indo em discordância com a proposta dos CAPS, de cuidado humanizado, baseado em vínculos, de caráter territorial e que considera a individualidade do cuidado, por meio de projetos terapêuticos singulares (CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

Além do impacto que incide na oferta dos serviços de Saúde Mental para a população, essa mudança da lógica territorial para uma base ambulatorial afeta o processo de ensino-aprendizagem dos residentes em formação, tendo em vista o conjunto de habilidades e competências que são importantes de serem desenvolvidas, e podem ficar fragilizadas.

É importante considerar que, a primeira fase identificada ocorre no período emergencial da pandemia na cidade de Palmas (novembro de 2020 a fevereiro de 2021), em que diversos decretos municipais foram homologados, a fim de cessar a proliferação do vírus e superlotação de hospitais. Com a promulgação da Lei nº 14.125 em 10 de março de 2021 (BRASIL, 2021), que dispõe direcionamentos sobre a responsabilidade e aquisição da vacina, permitindo que a União, Estados e Municípios possam adquirir e imunizar suas populações orientados pelo Ministério da Saúde, medidas sanitárias mais flexíveis foram estabelecidas, permitindo a abertura de locais e volta de algumas atividades, respeitando as orientações de cuidado para evitar a proliferação do vírus.

Dado essa flexibilização e considerando a importância da reformulação de atendimentos, no segundo momento identificado no período de Março a Junho de 2021, com o avanço da vacinação e após discussão em equipe, ocorrem mudanças nos moldes de atendimentos do CAPS AD III. Identificou-se a partir da observação crítica e registros, as atividades que ocorreram com mais frequência, permanecendo as atividades realizadas na primeira fase (Novembro de 2020 à Fevereiro de 2021). Entretanto foram criados alguns grupos a partir de discussões entre preceptor e residentes do Programa de Residência em Saúde Mental, e em acordo com os profissionais que integram a equipe multidisciplinar. É importante reiterar que os grupos ocorriam com os usuários acolhidos no sistema 24h, não sendo aberto para os demais usuários. Os grupos e suas especificidades estão descritos na Tabela 1.

A formação multiprofissional favorece a elaboração de estratégias sobre a reorganização de trabalho e práticas colaborativas, que beneficia, tanto o usuário, quanto a equipe. Entretanto, essa prática deve ser pensada com equidade profissional, levando em consideração a formação, recursos disponíveis e integralidade do cuidado (SILVA e NATAL, 2019). É importante perceber que, a maior parte da condução dos grupos é conduzida por profissionais residentes no serviço, sendo que, dos nove grupos em execução, apenas um é conduzido por um profissional efetivo.

Além das atividades em grupo, também foi criada a atividade de sala de espera, realizada três vezes na semana por profissionais residentes, e objetiva um momento de educação em saúde, para trabalhar a conscientização e informação para a população sobre agravos de saúde atuando como medida preventiva de doenças, uma forma para orientar sobre as comorbidades e tratamento. Ainda, passaram a realizar-se, além das Reuniões de Equipe semanais, as Reuniões de Final de Turno diárias, em que é passado os casos para os profissionais que assumem os turnos e plantões posteriores, bem como situações e condutas ocorridas. Os atendimentos individuais ocorridos continuam-se pautados principalmente em consultas médicas (clínica e psiquiátrica) e atendimentos de psicologia, entretanto, foram acrescidos atendimentos individuais com residentes da categoria de terapia ocupacional e profissional de educação física. Outras práticas de importante relevância como visitas domiciliares e territoriais também ocorreram com baixa frequência e observou-se a realização de busca ativa que foram realizadas via telefone

Essa discrepância significativa é contraditória, pois, revela uma potencialidade e uma fragilidade concomitantes. Ao mesmo tempo que incluiu o residente como parte da equipe e com autonomia para aprimorar, agir e produzir no cenário, corroborando com a educação

permanente, se a equipe permanente não se engajar nessas mudanças e processos, pode não haver continuidade no proposto. Isso se dá, pelo fato de a residência ter caráter rotativo, configurando-se um cenário passageiro, e a saída dos residentes pode influenciar no desmonte daquilo que foi construído (WETZEL, et al., 2018).

Essas fragilidades impactam diretamente no aprendizado dos residentes, pois envolvem diversas questões que se fazem necessárias pontuar. Observou-se pontos importantes que corroboram para que a equipe não se aproprie das práticas desenvolvidas pelos residentes. Uma dessas questões é que a equipe efetiva não é completa, isto é, faltam profissionais de acordo com aquilo que é previsto em legislação, sendo essa falta suplementada pelos residentes, que deveriam servir de apoio e como profissionais em formação agindo em cenário de prática e não como servidores efetivos (GUERRA e COSTA, 2017).

Outra característica do referido cenário de prática é a resistência da equipe, tanto para com os residentes como em seus processos internos de trabalho. Com á prática pode-se perceber uma dificuldade da equipe em integrar-se, na resolução de conflitos, concordância em discussões de caso e condutas e, como exposto anteriormente, engajar-se em novas propostas de trabalhos, como aquelas trazidas pelos residentes (PARISI e SILVA, 2018).

Essa dificuldade de engajamento e acolhimento da equipe se configura em um revés para os residentes, no que tange ao aprendizado, tanto sobre as questões de funcionamento institucional quanto de novas práticas. Há essa dificuldade de inserção, e observou-se que, essa inserção e aceitação dispensou tempo e esforço dos residentes, para então a execução prática, quando começou a ocorrer com efetividade – os grupos, intervenções, participação na equipe - os residentes entraram em processo de mudança de cenário de prática, como já previsto pela dinâmica da residência em vigor. Essa retirada do local onde desenvolveu-se uma prática, quando a mesma está em progresso, pode gerar o sentimento de frustração, em razão do processo de trabalho árduo para a conquista do objeto, que quando alcançado não pode ser usufruído. Isso inclusive, pode corroborar em uma resistência em desenvolver novas ações nos próximos cenários de prática (RODRIGUES JR. e RIBEIRO, 2018).

Uma importante fragilidade nesse contexto é, o novo grupo de residentes que entrarão no serviço, pois podem precisar recriar novamente os trabalhos desenvolvidos pelos residentes anteriores. Essa fragilidade se acentua por que, caso não haja apropriação da equipe, não há uma linha de continuação do trabalho e aprimoramento desse, mas sim, a criação de um novo processo de trabalho, que pode repetir-se infinitas vezes, fragilizando o contato com os usuários

e colocando em questionamento a efetividade da educação permanente (MAROJA, ALMEIDA e NORONHA, 2019).

Como abordado por Guido et al. (2012) um fator de extrema relevância é a questão da sobrecarga dos residentes. A carga horária executada pelos residentes é extenuante, diversas são as cobranças tanto no que tange a parte teórica, quanto relativo ao cenário de prática e execuções daquilo que se é proposto. A falta de reconhecimento da equipe e a pressão que a mesma dá-se em cima do trabalho que os residentes realizam, exigindo atribuições que não são de sua responsabilidade, dificuldades na interlocução com profissionais mediadores do processo de formação, ser compreendido como "mão de obra barata", frustração em executar as medidas propostas, dificuldades com usuários, são fatores que podem levar os residentes a estados de estresse e mesmo ao sofrimento e/ou adoecimento psíquico.

É importante mencionar que, há carência de estudos que reflitam e explanem sobre a saúde mental dos residentes, e ainda, os poucos existentes são direcionados para as residências médicas, que possuem uma dinâmica diferente das residências multiprofissionais.

Uma característica que pode ser exposta, devido ao cenário de pandemia, os residentes, por se tratarem de profissionais em saúde, tiveram uma exposição maior e frequente ao vírus e, por vezes, precisaram ficar de atestado e isolados em razão da contaminação com o vírus. Os atestados são instrumentos que justificam as faltas, mas não as abonam, isto é, o residente trabalha cumprindo carga horária, e assim sendo, as horas de adoecimento devem ser repostas. (SANCHES, et al., 2016). Desse modo, fatores potenciais quanto fragilidades nos serviços, devem ser considerados, pois implicam diretamente no aprendizado do residente. Estresse, sobrecarga dos residentes podem inclusive, impactar nas práticas desempenhadas, podendo gerar não somente prejuízos ao residente e sua formação, mas também aos serviços de saúde.

Considerações Finais

É importante salientar que todo o trabalho e pesquisa foram desenvolvidos no período de pandemia da COVID-19 e com particularidades únicas, tendo em vista que os cenários de prática e as instituições de ensino tiveram que se reinventar diante do contexto pandêmico. Nota-se que essa conjuntura acarretou em prejuízos significativos no aprendizado dos residentes, levando a todos a buscarem medidas alternativas para superar essas fragilidades.

Percebeu-se que com a pandemia pelo COVID-19 as atividades no CAPS AD tiveram várias alterações no decorrer desse processo, levando a uma diminuição da oferta de atendimentos, a priorização de ofertas ambulatoriais, ao adoecimento de profissionais e

residentes, a fragilização de processos de trabalho. Destarte, levou a equipe do serviço (efetiva e profissionais residentes), mesmo com as dificuldades e restrições por conta do cenário atual, se empenharam para que o processo de trabalho fosse pouco afetado e as atividades, mesmo de forma mais restrita, não fossem totalmente prejudicadas.

A saúde mental e a Residência em Saúde Mental possuem particularidades de acordo com o local onde ocorrem, levando em consideração aspectos sociais, culturais, demográficos, delineamento metodológico, proposta pedagógica, entre outros. O perfil de usuários e de atendimentos ofertados no cenário de prática - principalmente pela vicissitude da pandemia - abrangem essas particularidades que influenciam diretamente no aprendizado dos residentes.

A resistência dos profissionais sobre os residentes, o contexto de trabalho conflituoso e a composição de uma equipe desfalcada, influenciaram no modo em que ocorreu a aprendizagem. A não apropriação dos processos de trabalho desenvolvidos pelos residentes anteriores, dado as características da equipe e o advento da pandemia, também impactaram no modo em que ocorreram as intervenções, como demonstrado, houve a necessidade de criar novos processos de trabalho, que foram desenvolvidos apenas pelos residentes. A construção de novas práticas em que tiveram que se reinventar no cenário atual por conta do COVID-19 foram consideradas como potencialidades dos residentes, isto é, da intervenção da residência como facilitadora da educação permanente e transformadora de práticas integradas do SUS. Percebeu-se, em detrimento, o impacto em duas grandes áreas: a frustração dos residentes na saída do cenário de prática no decorrer de suas intervenções criadas e conquistadas e a não apropriação da equipe pode configurar-se em um ciclo repetitivo para as novas turmas de residência que atuarão no cenário.

O caráter rotativo da residência possui potencialidades e fragilidades. Como potencialidade, percebeu-se o conhecimento de diversos dispositivos da RAPS, do modelo de serviço e perfis de usuários da cidade. Como fragilidades, observou-se que esse modelo rotativo dificulta a apropriação e desenvolvimento de atividades no cenário de prática, posto as características da equipe do cenário de prática mencionadas.

A partir deste relato, suscitou a importância sobre os cenários de prática diante do contexto pandêmico, suas particularidades e fragilidades, além da necessidade de aprofundamento nos processos da residência multiprofissional e a apropriação por parte do corpo de profissionais efetivos, para que os mesmos possam ter continuidade ao passar de cada nova turma e ainda, ocorrer mesmo na ausência de residentes no cenário.

Faz-se necessário que os processos de ensino-aprendizado sejam constantemente atualizados e construídos coletivamente, instituições, residentes, profissionais, preceptores e tutores, para qualificar o ensino e possibilitar a efetiva transformação do SUS.

É importante, ainda, que mais estudos voltados para a saúde mental dos residentes sejam desenvolvidos, tendo em vista os relatos dos residentes que vivenciam diretamente os serviços e o processo de aprendizagem em campo, uma vez que, uma residência que se propõe a formar técnicos em saúde mental, deve atentar também, a saúde mental dos mesmos, para uma prática efetiva, ativa e satisfatória.

Referências

ARAÚJO, Ana Katarina de; SOARES, Valéria Leite. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe4 [Acessado 18 Agosto 2021] , pp. 275-284. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S422>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S422.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 108 [Acessado 5 Agosto 2021] , pp. 178-189. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.
BASTOS, F.I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? - Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação de Nº 040 de 18 de maio de 2020** revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020.

BRASIL. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília/DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm.

BRASIL, Ministério da Educação. **PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS No 1.077**, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009/ Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Resolução n° 8, de 14 de agosto de 2019**. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília/DF: 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-8-de-14-de-agosto-de-2019-212175346.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização** - PNH. 1ª Ed. 1ª Impressão. Brasília/DF, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso: Jul/2021.

_____. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

_____. **Política Nacional de Humanização - o que é como implementar** (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília/DF, 2010. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf. Acesso: Jul/2021.

_____. Portaria no 130, de 26 de janeiro de 2012 - **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos Financeiros.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.htm Acesso em 16 dez. 2020.

_____. **Portaria de Consolidação Nº 6,** de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF: 2017. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/portaria-consolidacao-6-28092017.pdf

_____.. **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/com- plexidade e abrangência populacional. Diário *Oficial [da] União, Brasília*, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ Portaria_336.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2020.

_____. **PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília/DF, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

_____. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.**
Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

_____. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília/DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

_____. **Resolução N° 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília/DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

_____. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS** Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília/DF: 2019. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf.

BRASIL, Secretaria Geral. **Lei n° 14.125 de 10 de março de 2021.** Dispõe sobre a responsabilidade civil relativa a eventos adversos pós-vacinação contra a Covid-19 e sobre a aquisição e distribuição de vacinas por pessoas jurídicas de direito privado. Brasília/DF: 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14125.htm

CARNEIRO, N. G. de O. Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2008, v. 11, n. 2 [Acessado 7 Outubro 2021] , pp. 208-220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000200003>. Epub 23 Jul 2008. ISSN 1984-0381. https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000200003.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira, GONÇALVES, Renata Weber e DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 23 Agosto 2021] , e00285117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Epub 15 Jul 2020. ISSN 1981-7746. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. org. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

GUERRA, T. M. S.; COSTA, M. D. H. da. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. Text**os & Contextos (Po**rto Alegre), vol. 16, núm. 2. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017, pp. 454-469. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27353.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2012, v. 46, n. 6 [Acessado 14 Setembro 2021] , pp. 1477-1483. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600027>. Epub 30 Jan 2013. ISSN 1980-220X. https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600027.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

INGLEZ-DIAS, Aline et al. Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 01 [Acessado 18 Agosto 2021] , pp. 147-158. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778.

MAROJA, Maria Clara Santana, ALMEIDA, José Jailson de e NORONHA, Claudianny Amorim. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 24, 2019. [Acessado 25 Agosto 2021] , e180616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>. ISSN 1807-5762. https://doi.org/10.1590/Interface.180616.

PAULA, Milena Lima de et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo** [online]. 2014, v. 19, n. 2 [Acessado 13 Julho 2021] , pp. 223-233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-737222025006>. Epub 13 Out 2014. ISSN 1807-0329. https://doi.org/10.1590/1413-737222025006.

PARISI, Luciana e SILVA, Jandira Maciel da. Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe4 [Acessado 14 Setembro 2021] , pp. 30-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S402>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S402.

ROCHA, Jéssica Santos; CASAROTTO, Raquel Aparecida e SCHMITT, Ana Carolina Basso. **Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais.** *Rev. Cienc. Salud* [online]. 2018, vol.16, n.3, pp.447-462. ISSN 1692-7273. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7265.

RODRIGUES JUNIOR, N. S.; RIBEIRO, C. V. dos S. Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. Pág. 193-215, 13 abr. 2018. Disponível em: https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1953.

SANCHES, Vinícius Santos et al. Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2016, v. 40, n. 3 [Acessado 14 Setembro 2021] , pp. 430-436. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015>. ISSN 1981-5271. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015.

SILVA, Lais Santos; NATAL, Sônia. Residência Multiprofissional em Saúde: Análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2019, v. 17, n. 3 [Acessado 25 Agosto 2021] , e0022050. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>. Epub 04 Jul 2019. ISSN 1981-7746. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220.

WETZEL, Christine et al. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. Suppl 2 [Acessado 18 Agosto 2021] , pp. 1729-1738. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0664>. ISSN 1807-5762. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0664.

ANEXOS

Tabela 1.

Grupos ocorridos no CAPS AD III no período de Fevereiro à Junho de 2021.

GRUPO	OBJETIVO	FREQUÊNCIA	PROFISSIONAIS RESIDENTES RESPONSÁVEIS	PROFISSIONAIS EFETIVOS RESPONSÁVEIS
Educação e Movimento	Abordar temas relacionados ao tratamento do usuário e posteriorment e uma atividade física	Duas vezes na semana	2 (1 Profissional de Educação Física e 1 Psicólogo)	-
CineCAPS	Assistir à um filme com os usuários e discutir sobre a temática	Uma vez na semana	2 (Enfermeiros)	-
Estimulação Cognitiva	Atividades que estimulem a cognição	Uma vez na semana	2 (Terapeuta Ocupacional, Psicólogo)	-
Rádio BOB	Ouvir músicas com os usuários e roda de conversa	Uma vez na semana	2 (Enfermeiros)	-
AcquaCAPS	Atividades na piscina	Uma vez na semana	1 (Profissional de Educação Física)	-
Redução de Danos	Discutir as premissas da Política de Redução de Danos e	Uma vez na semana	2 (1 Psicólogo e 1 Terapeuta Ocupacional)	-

	abordar qualidade de vida com os usuários.			
Leitura	Atividades de leitura	Uma vez na semana	2 (1 Psicóloga e 1 Enfermeiro)	-
Prevenção de Recaídas	Atividades de reflexão com usuário preparando sua saída do sistema de acolhimento 24h Ocorre de modo grupal e individual	Uma vez na semana (próximo ao término do período de acolhimento do usuário)	2 (1 Psicólogo e 1 Enfermeiro)	-
Laborterapia	Atividades ocupacionais	Uma vez na semana	-	1 (Terapeuta Ocupacional)

O QUE SE ENTENDE POR ACOLHIMENTO NOTURNO PELA EQUIPE DO CAPS AD III DE PALMAS/TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

WHAT IS MEANT BY NIGHT WELCOME BY THE CAPS AD III TEAM OF PALMAS/TO: EXPERIENCE REPORT

Andressa Ayres Tavares 1
Jacqueline Jhennysser de Almeida Ferreira 2
Ana Carolina Peixoto do Nascimento 3

Resumo : *Objetivo: Esse trabalho propôs identificar os critérios utilizados pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24 horas (CAPS AD III) de Palmas para admissão do usuário no acolhimento noturno, e quais os desdobramentos dessa oferta para o cuidado integral em saúde mental. Método: Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica, de natureza qualitativa e exploratória, construída a partir dos relatos de experiências de duas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, das áreas de Enfermagem e Terapia Ocupacional. Discussão: As informações apresentadas são oriundas dos diários de campo construídos ao longo do primeiro ano de residência, a partir da atuação no cenário de prática CAPS AD III, com enfoque nos casos de admissão para o acolhimento noturno. Conclusão: A partir da vivência de campo das residentes, observou-se que há dificuldade de compreensão por parte da equipe multiprofissional do CAPS AD III acerca dos objetivos de acolhimento noturno e da identificação dos critérios clínicos e psicossociais para a oferta desta modalidade de cuidado.*

Palavras-chave: *CAPS AD III. Saúde Mental. Residência Multiprofissional. Acolhimento Noturno.*

Abstract: *Objective: This study aimed to identify the criteria used by the team of the 24-hour Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD III) in Palmas for the admission of users to night care, and what the consequences of this offer are for comprehensive health care. mental. Method: This is a documentary and bibliographic research, qualitative and exploratory, built from the reports of experiences of two residents of the Multiprofessional Program in Mental Health, in the areas of Nursing and Occupational Therapy. Discussion: The information presented comes from field diaries built during the first year of residency, from the performance in the CAPS AD III practice scenario, focusing on cases of admission to night care. Conclusion: From the experience of reception and the identification of care criteria for residents, it was observed that there are several difficulties in understanding on the part of the CAPS AD III team about the objectives of reception and the identification of clinical care for people and psychosocial care. for the offer of this type of reception.*

Keywords:

1 Fundação Escola de Saúde Pública, Plano Integrado de Residências em Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Palmas/TO – Brasil.Lattes: http://lattes.cnpq.br/5574402170696284. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0416-0226.
E-mail: andressa.tavares.to@gmail.com

2 Fundação Escola de Saúde Pública, Plano Integrado de Residências em Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Palmas/TO – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0055602348352492. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6511-594x.
E-mail: jacquelinejhennysser@hotmail.com

3 Fundação Escola de Saúde Pública, Plano Integrado de Residências em Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Palmas/TO – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3221196520728028. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2051-7838.
E-mail: ana.carol57@hotmail.com

Introdução

O consumo de drogas sempre esteve presente na história da humanidade e, antes mesmo da invenção da escrita, o ser humano já manipulava plantas que provocavam alterações na consciência para os mais variados fins, sejam religiosos, medicinais, prazerosos ou culturais, e a sua utilização mudava de acordo com o povo, a cultura e o momento histórico (OLIVEIRA, 2019). No Brasil, o uso de substâncias com propriedades psicoativas integra a história dos povos originários desde antes da colonização, isso porque as populações indígenas já faziam o uso de inúmeros produtos botânicos com efeitos psicoativos e muitas das práticas utilizadas persistem até os dias atuais (TORCATO, 2016).

Até a década de 1970, o tratamento para as pessoas que usam drogas no Brasil era fundamentado na perspectiva manicomial, punitiva e criminalizadora com o tratamento direcionado exclusivamente à abstinência (ARAÚJO, 2018). A partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, culminando na lei Federal n° 10.216/2001, iniciou-se um avanço na proteção e nos direitos das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, consolidando diretrizes básicas que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e efetivando ações para minimizar as consequências de possíveis agravos, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental para um cuidado integral.

Esses movimentos foram importantes para o enfrentamento ao modelo clássico de assistência, centrado em longas internações em hospitais psiquiátricos, em que haviam denúncias de graves violações aos direitos das pessoas com transtornos mentais. Buscando a integralidade da assistência, ampliação e articulação dos pontos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), se estabeleceu o cuidado em saúde com serviços baseados no território e na comunidade, buscando substituir gradativamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial.

Essa substituição é consolidada com a regulamentação da Portaria 336/2002, estabelecendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores da Política de Saúde Mental e um dos serviços de referência territorial no cuidado à saúde mental. Em Palmas, capital do Tocantins, existem duas modalidades de CAPS, sendo o CAPS II voltado para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e com transtornos mentais graves e moderados, e o CAPS AD III (álcool e outras drogas 24

horas) serviço de saúde que busca proporcionar a atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2004).

Essa pesquisa tem como campo de estudo o CAPS AD III, modalidade que oferece, quando necessário, a retaguarda noturna por meio do acolhimento noturno (ou 24 horas), durante o período limitado de até quatorze dias em um período de trinta dias, baseado em critérios clínicos, desintoxicação e/ou em critérios psicossociais (BRASIL, 2012). A portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012 atribui o acolhimento noturno como:

> Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais (BRASIL, 2012).

Essa estratégia pode ser um recurso terapêutico potencializador para atender aos objetivos do CAPS AD III na redução das internações psiquiátricas de longa duração, no cuidado longitudinal, com foco na reinserção social e autonomia do sujeito, atuando na perspectiva da Redução de Danos.

O acolhimento noturno apresenta-se como tecnologia de cuidado às pessoas com necessidades de atenção decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e baseia se em práticas guiadas pela concepção teórica da desinstitucionalização e da clínica ampliada.

Okazaki *et al.* (2010) trazem que o acolhimento noturno provoca uma reorganização do processo de trabalho no cotidiano dos profissionais desse serviço, visto que nesse período ocorre um fortalecimento do vínculo entre os profissionais da equipe multidisciplinar e usuário onde, através do Projeto Terapêutico Singular, há uma participação ativa do paciente no seu tratamento e a incita novos sentidos de cuidado. A legislação não especifica, objetivamente, o que são os critérios clínicos e psicossociais, permitindo que cada serviço construa seus critérios de acordo com seu contexto e com as necessidades dos usuários atendidos.

A inserção de residentes no CAPS AD III faz parte do Plano Integrado de Ensino da Residência Multiprofissional de Saúde Mental, e foi escolhido pela dupla devido às residentes se interessarem sobre o mesmo tema, bem como a facilidade de acesso ao serviço para a construção dessa vivência. Por meio da aplicação prática dos conteúdos teóricos, foi possível proporcionar um acréscimo de experiência no processo de atuação multiprofissional, viabilizando a ampliação de novos horizontes para os futuros profissionais, passando a conhecer esse processo e a forma de trabalhar, para ofertar um cuidado integral de melhor qualidade para os usuários. Em vista dos poucos achados de pesquisa sobre o tema no estado do Tocantins, relacionados à experiência de residentes de saúde mental, essa pesquisa torna-se fundamental para ampliar a discussão acerca da oferta do acolhimento noturno no CAPS AD III.

Diante do exposto, essa pesquisa tem como objetivo identificar os critérios utilizados pela equipe do CAPS AD III de Palmas para admissão do usuário no acolhimento noturno, e quais os desdobramentos dessa oferta de assistência aos usuários acompanhados pelo serviço.

Método

Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica, de natureza qualitativa e exploratória. Esse trabalho é oriundo do relato de experiência de duas residentes, das áreas de Enfermagem e Terapia Ocupacional, do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do município de Palmas/TO, no período de novembro de 2020 a abril de 2021.

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma formação em saúde com nível de pós-graduação *Lato sensu*, direcionada às profissões da área da saúde, exceto Medicina: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 1998).

Em 2005, com a lei 11.129, foi regulamentada e instituída a Residência como programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005). Esta Lei estabelece regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de dois anos, sendo 80% da carga horária desenvolvida em atividades práticas e com 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas. A residência se apresenta como oportunidade significativa de aprendizado e transformação, possibilitando que os serviços de saúde repensem suas práticas profissionais (SILVA; NATAL, 2019). Como parte da composição da equipe multiprofissional, o residente de saúde mental pode contribuir para a construção e transformação desse cenário de prática, sempre buscando formas de cuidado integral ao usuário.

A construção dessa pesquisa é baseada nas informações dos diários de campo que contém registros das reuniões de equipe multiprofissional do CAPS AD III de Palmas/TO, com enfoque nos casos de admissão para o acolhimento noturno. Os diários de campo possibilitam ao pesquisador registrar de forma descritiva como, por exemplo, descrever uma imagem por palavras relacionadas a um lugar, pessoas ou ações observadas, e de forma reflexiva registrar suas impressões, sentimentos

e preocupações sobre o que se aprendeu (AFONSO, 2015).

É importante frisar que os apontamentos seguiram os preceitos do Código de Ética profissional das respectivas categorias, e buscaram respeitar o sigilo, não contendo nos registros informações a respeito dos funcionários, usuários ou seus familiares.

Os registros têm o enfoque nos critérios clínicos e psicossociais utilizados pela equipe para a oferta do acolhimento noturno no CAPS AD III de Palmas/TO, porém foram adicionadas algumas informações sobre o cotidiano do serviço, buscando enriquecer os relatos.

Discussão

Durante o processo de leitura e agrupamento das informações obtidas dos diários de campo, as informações foram divididas em subtópicos que apareceram com mais frequência nos relatos das residentes. Organizou-se esse relato através de quatro núcleos de sentido: compreensão da equipe sobre o que é o acolhimento noturno e as barreiras de acesso; dificuldade do trabalho em equipe multiprofissional; redução de danos; e impacto da admissão no acolhimento noturno devido a pandemia da Covid-19. Tendo em vista que o relato de experiência propõe narrar as vivências, será adotado um caráter mais pessoal ao texto e utilizaremos a terceira pessoa do plural.

Compreensão da equipe sobre o que é o acolhimento noturno e barreiras de acesso

Após leitura dos diários de campo, identificamos que a equipe não utilizou os mesmos critérios para admissão ao acolhimento noturno e essa dificuldade em materializar a literatura na prática pode estar relacionada com a carência de estudos, além da falta de especificidade da legislação sobre os critérios que deveriam ser utilizados para acesso aos leitos.

Alguns dos usuários que solicitaram o acolhimento noturno durante o período da pesquisa apresentavam vulnerabilidades sociais como, por exemplo, estar em situação de rua, e este foi um dos mais destacados durante as reuniões. Esse aspecto suscitava a discussão com os profissionais da equipe que o acolhimento noturno se tornava um "albergue", onde os usuários buscavam um lugar para dormir sem haver uma necessidade de saúde e, com isso, os critérios sociais eram sobrepostos aos critérios clínicos, fugindo então do cuidado em saúde disponibilizado pelo serviço.

Nesse aspecto, faz-se importante considerar que a saúde não é meramente a ausência de doença, mas sim, composta por um conjunto de determinantes sociais. É essencial utilizar o critério social para admissão ao acolhimento noturno, visto que a dependência de álcool e outras drogas é uma questão social de saúde que ocorre por diversos fatores, como pela ausência de políticas públicas de qualidade, incluindo a falta de acesso à moradia, saneamento básico, alimentação, sendo estes aspectos alvo de estratégias eventuais, tais como os espaços de abrigamento temporário (ARAÚJO, 2018).

Em muitos casos, a equipe composta pelos profissionais de enfermagem, condicionou o acesso ao acolhimento noturno à avaliação médica e prescrição de medicações, devido à dificuldade de manejo em situações de crise, em especial as crises de abstinência.

> O predomínio, ainda, do poder médico, a centralização de muitas
> ações na figura do psiquiatra e a ampla divulgação das pretensas
> maravilhas dos medicamentos de ação no sistema nervoso, como
> tratamento único, ajudam a manter relações de poder nas práticas de
> Saúde Mental que nos fazem cativos do século XVIII e XIX
> (CARDOSO; OLIVEIRA, 2015, p. 182-183).

Considerando que a abordagem de situações de crise não é direcionada somente a contenções físicas e químicas, pode-se utilizar elementos comunitários e institucionais. Essas ações reproduzem velhas práticas manicomiais que contradizem os princípios da atenção psicossocial e reforçam o cuidado fragmentado e institucionalizante, aumentando as barreiras de acesso.

As barreiras de acesso surgem no cotidiano do CAPS AD III em situações como quando há uso de protocolos muito rígidos que não consideram as diferentes necessidades dos usuários.

Dificuldade do trabalho em equipe multiprofissional

O debate sobre a dificuldade da equipe em seguir os critérios discutidos surgiu várias vezes durante o processo de investigação, uma vez que, apesar das pactuações serem coletivas, alguns profissionais trabalhavam de forma individual, evidenciando a dificuldade de comunicação entre os profissionais e os desafios da atuação inter e multidisciplinar. Segundo da Silva Nogueira (2015) e Vasconcellos (2010), a falta de comunicação é uma dificuldade muito comum entre os profissionais da saúde, devido a questões hierárquicas e o trabalho que envolve várias profissões, tendo uma predisposição para que as mesmas categorias se comuniquem melhor entre si. Desse modo, é crucial a elaboração de atividades de treinamento e educação permanente que ajudem a abrir canais de comunicação entre os profissionais, envolvendo todos os níveis hierárquicos.

Nesse aspecto, a inserção do Programa de Residência Multiprofissional vem a contribuir como um espaço de remodelação profissional, combinado com a educação permanente, que acontece na vivência da rotina do trabalho, não somente em algo mais elaborado e sim em conversações durante um momento informal (SILVA *et al*., 2016). Assim foi com as residentes que, durante seus questionamentos, fizeram com que a equipe discutisse mais sobre a compreensão sobre o que é acolhimento noturno e falta de critérios concretos.

O sucateamento das políticas públicas nos últimos anos tem levado à redução no quantitativo de profissionais no serviço, gerando excesso de trabalho para a equipe. As reuniões em que eram discutidos os casos para inserção no acolhimento noturno aconteciam em um único dia da semana, no período matutino, período em que parte da equipe multiprofissional (que cumpria a carga horária no período vespertino) não estava presente, o que tornava o processo de admissão do usuário mais lento, resultando em debates desnecessários sobre questões já resolvidas. Segundo Nogueira (2015), a literatura vem elencando instrumentos que são de grande importância para o trabalho multidisciplinar e a comunicação, por exemplo participação em reuniões de equipe, essencial para evitar desencontro de informações.

Além desses entraves vivenciados entre os profissionais da equipe multiprofissional, outra problemática do serviço se dava na comunicação com os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, que por inúmeras vezes se mostravam antagonistas à admissão dos usuários no acolhimento noturno. Por trabalharem em regime de plantão, os profissionais da enfermagem realizam turnos de 12 ou 24 horas, sendo estes a permanecerem no serviço no período noturno, enquanto os demais profissionais da equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, administrativo) cumprem períodos de seis horas nos períodos matutino ou vespertino.

Devido a isto, algumas situações de crise vivenciadas pelos usuários, tais como abstinência, insônia, ansiedade ou fissura em decorrência da interrupção do consumo de álcool ou outras drogas, eram manejadas somente pelos profissionais da equipe de enfermagem. Além disso, os profissionais da enfermagem são os que ficam do serviço noturno, sendo eles responsáveis por decidirem sobre ações que devem ser tomadas durante esse período, sendo essa prática solitária indo de contrário ao modelo psicossocial de atuação multiprofissional, tornando essa prática afastada da interdisciplinaridade (SILVA, 2020).

Tornando essa categoria profissional sobrecarregada, sendo isso prejudicial no que diz respeito a um acolhimento de forma integral do usuário, e também devido ao período pandêmico, durante o período da pesquisa, todos os profissionais na enfermagem trabalhavam em outro serviço de saúde e se encontravam cansados tanto física como mentalmente.

Redução de danos

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de cuidado que teve uma das suas primeiras iniciativas em 1989, no Brasil, como uma proposta de prevenção à contaminação e transmissão de hepatites virais e HIV/Aids relacionados ao compartilhamento de materiais para o uso de drogas injetáveis (MESQUITA, 1993). No âmbito do SUS, surge como estratégia de cuidado que visa a diminuição das vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, e reconhece o usuário em suas singularidades, construindo estratégias focando na defesa da vida (BRASIL, 2015). A equipe trouxe, nas discussões de caso, que o usuário deveria ter o desejo em interromper o uso das substâncias, indo contra a proposta da redução de danos. A RD não busca, necessariamente, a interrupção imediata do uso, pois compreende que algumas pessoas não conseguem ou não desejam parar o uso, ainda assim devem ter seu direito de acesso à saúde garantido, de modo a minimizar os riscos decorrentes deste uso (MOURA; SANTOS, 2011).

Outra condição utilizada pela equipe era a abstinência total, durante o período de retaguarda noturna. Visto que o acolhimento noturno se caracteriza como uma modalidade de atendimento de baixa exigência do usuário, ou seja, não exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário e demandam alta exigência à equipe, que requer um atendimento de fácil acesso, realizado de forma mais acolhedora e tolerante (FONSÊCA, 2016).

No entanto, indo na contramão de diversos países que têm incorporado a RD como base para o cuidado em álcool e outras drogas, no Brasil, a partir de 2019, a RD deixa de ser o paradigma norteador da atenção em álcool e outras drogas, com a publicação da nova Política Nacional de Drogas, instituída por meio do decreto nº 9.761, onde o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, dentre outros, têm como objetivo que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas (BRASIL, 2019).

A maioria das propostas trazidas pela equipe multiprofissional, para o plano de cuidado do usuário durante seu acolhimento, eram contrárias a este decreto, que para Damasceno *et al.* (2021) fica evidente o interesse político do Estado pelo modelo hospitalocêntrico e manicomial dos asilos. As estratégias eram apoiadas nos princípios da RD, para início da reinserção social, melhoria na qualidade de vida e também como preventivo de uma internação psiquiátrica.

Impacto da admissão no acolhimento noturno devido à pandemia da Covid-19

O período de inserção como residentes no cenário de prática CAPS AD III coincidiu com o agravamento da pandemia pelo novo coronavírus e a necessidade de medidas de isolamento e distanciamento social, provocando a redução dos usuários atendidos diariamente no serviço, bem como a diminuição nas solicitações para acolhimento noturno. A necessidade do distanciamento social para amenizar a proliferação do vírus afetou as atividades disponíveis no CAPS AD III, onde é necessária uma proximidade maior com o usuário, para a formação de vínculo, assim dificultando o funcionamento de forma regular do serviço (LYONS, 2020).

Antes do início da pandemia o CAPS AD III disponibilizava 12 vagas no acolhimento noturno, sendo dois quartos para usuários do sexo masculino e dois para o sexo feminino, cada quarto composto por três camas. Com o contexto sanitário esse número foi reduzido para somente uma pessoa em cada quarto, acarretando a redução na oferta desta modalidade de atendimento.

Nas discussões de caso para admissão no acolhimento noturno em que as residentes participaram, a equipe discutiu alguns critérios prioritários para o ingresso, tais como: a) o usuário residir no município de Palmas; b) estar em uso abusivo de álcool ou outras drogas, sendo pactuado com o usuário que o mesmo não poderá manter o uso durante o período de acolhimento para promover a desintoxicação; c) se encontrar assintomático para a Covid-19.

Tendo em vista que a RAPS é organizada de forma territorial, os CAPS são destinados a atender a população de determinada área de abrangência. Deste modo, o CAPS AD III destina-

se a atender a população residente no município de Palmas, sendo que a cidade é dividida em oito territórios de saúde: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararú, e distritos correspondentes (Taquaruçu, Taquaruçu Grande e Buritirana) (PALMAS, 2016).

Nesse momento de vulnerabilidade emocional, onde o usuário está disposto a assumir que o seu uso é prejudicial, se usa essa estratégia (abstinência) para a desintoxicação, sendo ela uma regra de controle da instituição, indo de contra proposta com serviço de baixa exigência (CARVALHO, 2017)

Em virtude do agravamento da pandemia, a equipe torna a discutir sobre a possibilidade de não admitir usuários sintomáticos no acolhimento noturno, devido à ausência de equipamentos adequados de proteção individual (EPI's) no serviço, o que deixava os profissionais inseguros. Durante o período de pandemia, constatou-se que o SUS, em várias cidades, não se encontra devidamente organizado para enfrentar e fornecer EPI's adequados para os seus servidores, devido a anos de sucateamento, o que vem se intensificando com o atual governo. Esse sucateamento provoca o agravamento desse momento pandêmico vivenciado nos dias atuais (MATOS, 2021).

Considerações Finais

A partir da vivência de campo das residentes, observou-se que há dificuldade de compreensão por parte da equipe multiprofissional do CAPS AD III acerca dos objetivos do acolhimento noturno enquanto estratégia de cuidado e da identificação dos critérios clínicos e psicossociais para a oferta desta modalidade de cuidado. Essa dificuldade pode estar relacionada a não especificidade da legislação, deixando ao raciocínio das equipes a formulação e entendimento dos critérios.

Além disso, a falta de consenso entre os profissionais sobre o acolhimento noturno dificulta o trabalho em equipe, deixando o serviço desordenado e confuso, prejudicando o cuidado integral aos usuários. Outrossim, identificou-se que a lógica biomédica prevaleceu, na medida em que os critérios clínicos eram priorizados nas discussões de caso, em detrimento dos critérios psicossociais e ocupacionais. Também se observou que alguns profissionais da equipe têm dificuldades em cumprir com as pactuações realizadas nas reuniões, seja pela redução do quantitativo de pessoal e sobrecarga de trabalho, ou pelo prejuízo na comunicação inter e multidisciplinar. É importante evidenciar que os profissionais de saúde mental constantemente devem questionar sua prática, para evitar o retorno de um modelo manicomial com a pessoa médica centrada. Para que isso aconteça, utilizar a Educação Permanente em Saúde se torna uma importante ferramenta.

Como produto, devido aos incentivos das residentes, foi reconstruído o fluxograma, em conjunto com todos os profissionais, para ser utilizado, organizando e facilitando as discussões de casos, aperfeiçoando o trabalho em equipe e qualificando o acesso dos usuários ao acolhimento noturno. Desse modo, a inserção das residentes de Saúde Mental no CAPS AD III se torna uma potente ferramenta de transformação, possibilitando o incentivo à reflexão e ao debate sobre o acolhimento noturno e a oferta de cuidado no serviço, mobilizando a equipe multiprofissional para se repensar os critérios utilizados e a qualificação da atenção ofertada aos usuários, evidenciando-se a relevância da formação de profissionais em serviços de saúde mental.

Referências

AFONSO, T. *et al*. O uso do diário de campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, p. 131-141, 2015.

ARAÚJO, A. K.; SOARES, V. L. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 275- 284, 2018

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos Caps AD do município de Natal-RN: com a palavra a família estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, nº. 1, p. 56-63, mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

BRASIL. Lei nº. 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Casa Civil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de Fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Inclui, altera e exclui procedimentos da na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.htm. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto presidencial 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a política nacional sobre drogas. Brasília, DF: Ministério da Casa Civil, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. **Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

CARDOSO, M. R. O.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. Relato de experiência de um atendimento em um CAPS: considerações sobre o cuidado em saúde mental. **Revista do NUFEN**, v. 7, n. 2, p. 166-186, 2015.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS AD III e em uma comunidade terapêutica. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 647-660, 2017.

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, 2012.

LYONS, Z. *et al*. Covid-19 e o bem-estar mental de estudantes de medicina australianos: impacto, preocupações e estratégias de enfrentamento utilizadas. **Australasian Psychiatry**, v. 28, n. 6, p. 649-652, 2020.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021.

MESQUITA, F. AIDS e drogas injetáveis. *In*: INEM, C. L.; ACSELRAD, G. **Drogas**: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 807-816, 2006.

MOURA, F. G.; SANTOS, J. E. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 7, n. 3, p. 126- 132, 2011.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015.

OKAZAKI, C.; OLIVEIRA, M. A. F.; CLARO, H. G.; PAGLIONE, H. B.; SOARES, R. Acolhimento noturno: expectativas dos profissionais de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2010.

OLIVEIRA, S. P. **Políticas Públicas sobre Drogas em Foz do Iguaçu-PR**. 138 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016**. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVSPALMAS). Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

SILVA, C. T. *et al*. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2019.

SILVA, T. C. S. *et al*. Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil**: da Colônia à República. 2016. 371 f. Tese (Doutorado em História Social) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 6, n. 1, p. 1- 22, 2010.

Recebido em 18 de abril 2022.
Aceito em 23 de maio de 2022.

Avaliar o Perfil e a Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Profissionais dos CAPS II e AD III de Palmas-TO

Daniella de Souza Costa [1], Millena Melo Fernandes[2], Jonatha Rospide Nunes[3]

RESUMO: É notório que nos serviços de Saúde Mental os profissionais estão imersos, em seu cotidiano de trabalho, em situações de grande intensidade emocional e desgaste físico. Diante deste contexto, a presente pesquisa identificou e analisou o perfil sociodemográfico e a prevalência de transtornos mentais comuns nos profissionais dos serviços CAPS II e AD III de Palmas - TO. Para tanto, primeiramente realizamos pesquisa bibliográfica sobre o tema e, posteriormente, a pesquisa de campo, por meio da aplicação de 02 questionários e 01 instrumento de rastreamento de TMC (Sócio demográfico/condições de trabalho e SRQ20) via Google Forms. Resultados obtidos através do SRQ-20, mostrou que a prevalência para TMC foi de 19 % do conjunto dos funcionários, sendo 03 casos sugestivos para TMC e mais 03 casos que apresentaram percentual limítrofe para indicativo de TMC.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Transtornos Mentais Comuns. Saúde do Trabalhador.

---

[1] Profissional de Educação Física do Programa de Residência Em Saúde Mental, Fundação Escola De Saúde Pública de Palmas – FESP, pela Universidade Ceulp-Ulbra. Endereço para correspondência: 305 norte Alameda 09 Qi 07 Lote 04, Palmas, TO. CEP: 77001-320. E-mail: dannycosta1995@gmail.com;

[2] Enfermeira do Programa de Residência Em Saúde Mental, Fundação Escola De Saúde Pública de Palmas – FESP, pela Universidade Ceulp-Ulbra. Endereço para correspondência:Rua Palmeiras n°378 setor Cavalcante - Dianópolis-TO, . CEP:. E-mail:millenamefer@gmail.com;

[3] Mestre em Psicologia, Gestor de Aprendizagem do Programa de Saúde Mental do Plano Integrado de Residências em Saúde (PIRS) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP) e Sócio-Fundador do Devir Espaço Terapêutico. Endereço para correspondência: Av. Teotônio Segurado,

quadra 501 sul, Prédio Amazonia Center, sala 302C, Palmas/TO, CEP 77016-002. E-mail: jonatharospidenunes2015@gmail.com.

Evaluate the Profile and Prevalence of Common Mental Disorders in Professionals from CAPS II and AD III in Palmas-TO

ABSTRACT: It is clear that professionals in Mental Health services are immersed, in their daily work, in situations of great emotional intensity and physical exhaustion. Given this context, the present research identified and analyzed the sociodemographic profile and the prevalence of common mental disorders in professionals from CAPS II and AD III services in Palmas - TO. To do so, we first carried out a bibliographic research on the subject and, later, a field research, through the application of 02 questionnaires and 01 TMC tracking instrument (Partner demographic/working conditions and SRQ20) via Google Forms. Results obtained through the SRQ-20, showed that the prevalence for CMD was 19% of the set of employees, with 03 cases suggestive of CMD and 03 more cases that showed a borderline percentage for indicative of CMD.

Keywords: Mental Health Policy. Common Mental Disorders. Worker's health.

Evaluar el Perfil y la Prevalencia de los Trastornos Mentales Comunes en Profesionales del CAPS II y AD III en Palmas-TO

RESUMEN: Es evidente que los profesionales de los servicios de Salud Mental se encuentran inmersos, en su trabajo diario, en situaciones de gran intensidad emocional y desgaste físico. Ante ese contexto, la presente investigación identificó y analizó el perfil sociodemográfico y la prevalencia de trastornos mentales comunes en profesionales de los servicios CAPS II y AD III de Palmas - TO. Para ello, primero realizamos una investigación bibliográfica sobre el tema y, posteriormente, una investigación de campo, mediante la aplicación de 02 cuestionarios y 01 instrumento de seguimiento de TMC (condiciones demográficas/laborales del socio y SRQ20) a través de Google Forms. Los resultados obtenidos a través del SRQ-20, mostraron que la prevalencia de TMC fue del

19% del conjunto de empleados, con 03 casos sugestivos de TMC y 03 casos más que mostraron un porcentaje limítrofe para indicativo de TMC.

Palabras clave: Política de Salud Mental. Trastornos mentales comunes. Salud del trabajador.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde mental pode prejudicar a saúde do trabalhador, levando-o ao desenvolvimento de estresse emocional crônico, exaustão física/mental e dificuldades na realização de suas atribuições (COSTA, 2016). Neste sentido, esta pesquisa busca analisar a relação entre o perfil sociodemográfico, as condições de trabalho e o rastreio de Transtornos Mentais Comuns (TMC). De acordo com os resultados obtidos, foram mensuradas as diferentes percepções sobre a sobrecarga no exercício da profissão e sua relação com o surgimento de TMC.

Conforme afirmam Pereira, Oliveira e Silva (2018), como também, Nichele (2019), a saúde do trabalhador e o trabalho precário são temas discutidos mundialmente que perpassam na criação de políticas protetivas em prol da saúde dos empregados. A transformação no ambiente de trabalho necessita de ações no local do serviço e governamentais. As regulamentações profissionais, a carga horária de trabalho, bem como o uso de equipamentos de proteção, são exemplos de algumas das conquistas de várias gerações que representam um avanço político, social e de saúde. (SILVA et al 2020)

Embora tenhamos avançando com a criação da política de saúde do trabalhador, segundo Barroso et al (2020), ainda é necessário ações mais assertivas e investimentos para diminuição das condições irregulares de muitos ambientes de trabalho e no contexto atual da pandemia da COVID 19, há mudanças nos serviços de saúde que foram necessárias, bem como capacitações e readequação das práticas assistenciais.

No contexto da saúde do trabalhador, o meio físico, mental e social é afetado de diversas formas, tendo efeitos positivos e/ou negativos. Dos negativos, uma das doenças

que podem ser identificadas no trabalhador é o desenvolvimento inicial de TMC (SANTOS; ESPINOSA; MARCON, 2020). Esses transtornos estão correlacionados a sintomas ansiosos e depressivos.

Entende-se que os profissionais que trabalham na assistência em saúde mental, estão expostos a desenvolverem TMC, devido à grande sobrecarga emocional que o serviço os impõe, entre eles no contato direto aos usuários com necessidades mentais de baixa, média e alta complexidade (CORGOSINHO, 2019). São funções próprias do serviço, porém ao exercê-las, pode acontecer de o profissional absorver as situações vivenciadas pelos usuários, podendo o mesmo desenvolver algum tipo de sofrimento emocional (TREVISAN; CASTRO, 2016).

Por diversas vezes os profissionais de saúde mental sentem dificuldades em seu ambiente de trabalho devido às pressões psicológicas para a execução e cumprimento de metas do plano de trabalho, alto número de demandas, situações conflituosas na equipe, situações de crise e alta carga emocional nos atendimentos. Ficou comprovado que muitos profissionais desenvolvem no exercício de suas atividades alguns sintomas que podem se enquadrar no TMC, associado também ao surgimento de sintomas somáticos (AMAZARRAY; OLIVEIRA FEIJÓ, 2019).

Segundo Rodrigues; Alencar (2019) “Os profissionais de saúde estão expostos a diferentes riscos ocupacionais, como físico, ergonômico, químico, biológico e psicossocial [...]”. A razão da pesquisa foi estabelecida por perceber as dificuldades dos profissionais da saúde na sua atuação, já que os mesmos precisam desenvolver diversas funções, sendo frequentemente expostos a uma grande carga emocional e física em seu período de trabalho como também entender sobre as principais dificuldades na saúde do trabalhador a partir da aplicação de instrumento que opera o rastreio para Transtornos Mentais Comuns, tais como: estresse crônico, exaustão física e tensão física e mental.

O interesse pelo assunto é devido aos relatos orais de muitos profissionais de saúde que desenvolveram quadros iniciais e persistentes de ansiedade, síndrome do pânico e que chegaram a fazer acompanhamento psiquiátrico e uso de ansiolíticos. Segundo De Paula Guirado (2017) “O TMC é um dos transtornos mentais mais frequentes em trabalhadores [...]”. Nessa perspectiva busca-se avaliar o surgimento dos

‘’primeiros sinais’’ de adoecimentos psicológicos em profissionais de saúde do CAPS II e CAPS AD III do município de Palmas.

Conforme Murcho, Pacheco e Jesus (2016), a pesquisa possui grande relevância, pois pode contribuir para que o “sistema” possa enxergar e valorizar o profissional de saúde mental, garantindo os direitos e evitando que seu caso evolua para algo mais grave, além disso, garantindo a busca do cuidado para o tratamento mais adequado e promovendo ações de promoções a saúde também para os profissionais de saúde mental.

Dessa maneira essa pesquisa possui grande relevância, contribuindo para os profissionais de saúde dos CAPS do município de Palmas-TO, como também para toda a comunidade que acessa ao serviço. Assim, a pesquisa poderá contribuir de forma positiva para subsidiar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do trabalhador.

Objetivo Geral

Analisar a relação entre o perfil sociodemográfico, prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e as condições de trabalho em profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Palmas/TO.

Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sóciodemográfico dos trabalhadores dos CAPS II e CAPS AD III de Palmas/TO;
- Elencar as condições de trabalho dos profissionais dos CAPS II e CAPS AD III de Palmas/TO;
- Estimar a prevalência de Transtorno Mental Comum no conjunto de trabalhadores dos CAPS II e CAPS AD III de Palmas/TO;
- Relacionar a prevalência estimada para TMC, o perfil sociodemográfico e as e condições de trabalho com a produção científica sobre o tema;

A pesquisa evidencia as características sociodemográficas, as condições de trabalho que sugerem TMC nos profissionais de saúde do Caps II e AD III de Palmas-To; Percebeu-se que o trabalho em si adquire particularidades distintas nos sujeitos, podendo ter a presença de aspectos positivos, como: remuneração, lazer, educação, transporte e alimentação, como também aspectos negativos, sendo psicoemocionais como: estresse, ansiedade e depressão, esse ambiente sendo capaz de trazer risco a saúde do trabalhador, sendo propício ao adoecimento. Conforme os resultados obtidos através do SRQ-20, a prevalência para TMC obteve-se o percentual de 19 % do conjunto dos funcionários,

sendo 03 casos sugestivos para TMC e mais 03 casos que apresentaram percentual limítrofe para indicativo de TMC.

2 MÉTODOS

Nossa proposta metodológica é de uma pesquisa aplicada de campo, pois envolve aplicação prática de questionários que foram enviados via Googleforms. Abordagem da pesquisa é quantitativa, que traz dados estatísticos para quantificar as informações da pesquisa e se utiliza elementos gráficos para os objetos (FERRARO, 2012). A pesquisa trouxe aspectos sociodemográficos, condições de trabalho e sofrimento mental dos funcionários dos dois Centros de Atenção Psicossocial participantes da pesquisa, todos através de alternativas de múltipla escolha.

O objetivo é de uma pesquisa descritiva, com coleta de dados de maneira objetiva e análise crítica. A pesquisa foi realizada através de um levantamento, de forma transversal, ou seja, a pesquisa foi realizada em um único momento com cada grupo, têm como grupo de amostragem os funcionários do CAPS II e CAPS AD III que tiveram suas características analisadas em relação ao Transtorno Mental Comum (TMC) por meio dos questionários.

A pesquisa foi realizada de forma online via googleforms, no período de Julho a Outubro de 2021, tendo como público alvo os funcionários dos CAPS II e CAPS AD III do município de Palmas-TO. Abrangendo os profissionais da área de saúde mental, funcionários administrativos, serviços gerais e segurança. A amostra corresponde a 30% do número total de funcionários que atuam nos CAPS II e CAPS AD III de Palmas, ou seja, 16 profissionais, sendo todos os funcionários esclarecidos quanto a sua participação na pesquisa, respondendo os questionários de maneira voluntária de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os funcionários que participaram da pesquisa foram selecionados por meio dos critérios de inclusão e exclusão, que foram transformados em perguntas, sendo inseridas no início do formulário do GoogleForms, quando as respostas não preencheram os critérios de inclusão os mesmos não tiveram acesso ao restante do formulário. No caso

dos participantes que preencherem os critérios de inclusão, os mesmos acessaram o TCLE e, nos casos que aceitaram os termos, tiveram acesso aos questionários da pesquisa.

Os funcionários foram informados sobre a pesquisa e sua importância, por meio de texto introdutório via mensagem de whatsapp nos grupos de cada CAPS no período do horário de trabalho, na qual foram disponibilizados os telefones de todos pesquisadores para o caso de dúvidas e/ou dificuldades e, ao final do texto, tiveram acesso ao link do questionário disponibilizado através do GoogleForms, onde puderam responder de maneira voluntária o questionário. Posteriormente foi encaminhado para todos os trabalhadores via whatsapp no privado o comunicado sobre a pesquisa e o link do formulário via googleforms, o qual se inicia com o TCLE e após o aceite passa para a seção Sociodemográfico/Condições de trabalho e por último a seção do Self Report Questionnaire - SRQ 20.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: Sociodemográfico/Condições de trabalho e o outro, o Self Report Questionnaire - SRQ 20, já validado, que avalia o sofrimento mental. Todos os questionários foram feitos de maneira objetiva, com alternativas de múltipla escolha.

A análise é descritiva e os dados coletados foram inseridos nos banco de dados eletrônico, tabulados, avaliados e analisados, já com a construção de gráficos e com todos os resultados via as respostas do GoogleForms, como também, foram confeccionadas planilhas via Excel para melhor visibilidade dos resultados. Os resultados obtidos na filtragem dos dados foram interpretados a partir da literatura pertinente. Posteriormente ao final da pesquisa os resultados serão enviados na forma de artigo nos grupos gerais de funcionários dos dois CAPS, por meio do Whatsapp.

O projeto de pesquisa (PP) foi encaminhado para a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), no qual obteve o parecer de aprovado. O PP foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do CEP/FESP, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), foi aprovado com a autorização CAAE: 46817221.3.0000.9187. Foi iniciada a pesquisa somente após a aprovação do Comitê de

Ética e Pesquisa da FESP. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi incluído no formulário da pesquisa e sendo lido ao início, o participante deveria aceitar os termos para, após o aceite, foi encaminhado para responder às questões do formulário; Ficando a participação de forma voluntária, com o profissional de saúde estando ciente e de acordo TCLE. No caso do participante que não aceitou os termos do TCLE ele não teve acesso às questões seguintes da pesquisa. A participação no estudo foi totalmente voluntária e sigilosa, sem identificação dos participantes que responderam ao questionário. Os participantes foram esclarecidos previamente sobre a finalidade da pesquisa, instrumentos utilizados, bem como em relação ao anonimato e liberdade de recusa. Posteriormente ao final da pesquisa os resultados serão enviados individualmente para os participantes por e-mail.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 16 funcionários do Caps II e ADIII do município de Palmas/TO. Às características sociodemográficas, condições de trabalho que sugerem TMC nos participantes da pesquisa estão representados nas tabelas a seguir.

Tabela 01 - Questionário Sociodemográfico/Condições De Trabalho, segundo a distribuição dos profissionais, e as características sociodemográficas CAPS II e CAPS AD III município de Palmas/TO, Agos./Nov. 2021.

Características	Nº	%
Sexo		
Feminino	**12**	**75**
Masculino	**04**	**25**
Idade (anos)		
18-30	**06**	**37,5**
31-50	**06**	**37,5**
+ 51	**04**	**25**

Nacionalidade		
Brasileira	**16**	**100**
Estrangeira	**0**	**0**
Escolaridade		
Ensino Médio	**01**	**6,3**
Graduação	**03**	**18,8**
Pós-graduação	**12**	**75**
Estado civil		
Solteiro	**06**	**37,5**
Casado	**06**	**37,5**
União Estável	**04**	**25**
Ocupação		
Médico Psiquiatra	**01**	**6,3**
Médico Clínico Geral	**01**	**6,3**
Enfermeiro	**03**	**18,8**
Técnico de Enfermagem	**03**	**18,8**
Psicólogo	**02**	**12,5**
Assistente Social	**03**	**18,8**
Terapeuta ocupacional	**01**	**6,3**
Profissional de Educação Física	**01**	**6,3**
Segurança/guarda	**01**	**6,3**
Atuação na Saúde Mental		
0-1 ano	**03**	**18,8**
2-5 anos	**03**	**37,5**
+5 anos	**07**	**43,8**

Atuação no CAPS (anos)		
0-1 ano	**05**	**31,3**
2-5 anos	**06**	**37,5**
+5 anos	**05**	**31,3**
Carga horária Semanal		
36 hrs	**03**	**18,8**
40 hrs	**04**	**25**
Outro	**09**	**53,6**
Vínculo Empregatício		
Concurso	**07**	**43,8**
Contrato	**05**	**31,3**
Bolsista	**03**	**18,8**
Residente	**01**	**6,3**
Nº de vínculos empregatícios		
01	**10**	**62,5**
02	**05**	**31,3**
+02	**01**	**6,3**
Renda		
1.000,00 à 2.000,00	**01**	**6,3**
2.000,00 à 4.000,00	**06**	**37,5**
+4.000,00	**09**	**56,3**
Quantidade de filhos		
0	**07**	**43,8**
1-2	**08**	**50,0**
3-4	**01**	**6,3**

Descanso/repouso no período de plantão?		
Sim	**07**	**43,8**
Não	**09**	**53,6**

Conforme a Tabela 1, as idades variaram de 18 a 51 anos. As faixas etárias que concentraram o maior número de funcionários foram a de 18 a 30 anos, com 06 (37,5%), e a de 31 a 50 anos, com 06 (37,5%). A prevalência de transtorno mental comum no conjunto de funcionários foi de 19%.

Ocorreu maior percentual de funcionários do sexo feminino (75%), nacionalidade brasileira (100%), quanto a situação educacional boa parte pós graduados (75%), o estado civil variaram entre solteiro (37,5%) e casado (37,5%). As ocupações que concentram maior número de funcionários foram Enfermagem, Técnico de Enfermagem e Serviço Social todas com (18,8%), em seguida, Psicólogo (12,5%), acompanhado de Médico Psiquiatra, Médico Clínico, Terapeuta Ocupacional, Profissional de Educação Física, Guarda noturno, todos com (6,3%).

Em relação a atuação em saúde mental (43,8%) apresentaram mais de 5 anos de trabalho na área. Em relação ao tempo de atuação no Centro de Atenção Psicossocial (31,3%) responderam que há mais de 5 anos especificamente. No que se refere a carga horária semanal (18,8%) trabalham no regime de 36 horas semanais e (25%) 40 horas semanais. Quanto à ocupação, observou-se que (43,8%) dos profissionais são concursados, seguidos por contratados (31,3%). Os dados relativos à renda revelam que a maioria dos funcionários possuem média salarial > R$ 4.000,00 (56,3%). Em relação ao vínculo empregatício (63,5%) possuem apenas um único vínculo empregatício. A situação familiar demonstra que (43,8%) dos servidores não têm filhos e que (50%) tem de entre 1 a 2 filhos(s). Quanto ao período de descanso durante a jornada de trabalho, (43,8%) respondeu que possuem esse tempo de pausa, já os outros (53,6%) disseram que não há.

A hegemonia de mulheres na pesquisa apoia a chamada ‘’feminização das ocupações e profissões de saúde’’, porque a participação feminina nos cursos de formação em saúde estão em ascensão e decorrem de uma maior participação da mulher no mercado de trabalho e consequente aumento pela qualificação profissional associado a

remodelação do quem vem a ser o papel da mulher na sociedade de acordo com Matos; Toassi; Ceriotti (2013).

Rosa (2009), expõe em seu artigo que profissionais graduados ingressam em cursos de especialização em busca de melhorar sua qualificação profissional, ainda que não seja uma exigência curricular a todos os brasileiros, ou seja, é uma atividade extracurricular de livre adesão para os que desejam melhorar seus conhecimentos em determinado assunto. Nesse contexto, justifica-se o maior percentual de indivíduos com pós graduação (75%) na pesquisa.

Para Bernardi (2015), o trabalho dos serviços de saúde mental é previsto e regulado por portarias ministeriais que definem o que vem a ser o Centro de Atenção Psicossocial, bem como sua forma de funcionamento e os recursos humanos necessários. A Portaria n.º 336/2002 regulamenta os Caps e estabelece as equipes de saúde com pelo menos 1 técnico de enfermagem. 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeiro , 1 assistente social e 1 médico na assistência. Corroborando com os resultados da presente pesquisa a equipe que foi objeto da pesquisa apresentou essas categorias profissionais de acordo com as modalidades de Caps II e Ad.

Ressalta-se que, a previsão legal para o funcionamento do Caps Ad III requer que o seu funcionamento seja por período de 24 hs e o Caps II seja em dois turnos nos cinco dias da semana. Comumente, podem existir profissionais com carga horária de 12 horas (vulgo plantão), 36 horas semanais, 40 horas semanais a depender das especificidades do serviço e as pactuações contratuais . Em concordância com os resultados obtidos na pesquisa (53,6) trabalham em outro tipo de carga horária , sendo que dentre estes apenas (18,8%) trabalham no regime de 36 horas semanais e (25%) 40 horas semanais (BRASIL, 2002).

No que diz respeito à ocupação , o tipo de vínculo sofre modificações de acordo com os direitos trabalhistas que vigoram na época e as oportunidades de absorção do mercado de novos profissionais. Na pesquisa observou-se que 43,8% dos profissionais são concursados, ou seja, fizeram processo seletivo por meio de provas e avaliação de títulos e adquiriram o status de servidor público. Seguidos por (31,3%) contratados que trabalham por meio do firmamento de um contrato de atribuição com direitos e deveres com prazo de permanência no emprego que pode variar de acordo com a política do serviço (PESSANHA, 2013).

Em relação ao acúmulo de cargo público a Constituição Federal (1998) determina que é possível desde que respeitados a compatibilidade de horário e função, com relação aos que trabalham no regime da Consolidação das leis do Trabalho também é permitido desde que não haja prejuízo para nenhuma das partes interessadas (DO TRABALHO, 2019). Na pesquisa, observou-se que (31,3%) possuem dois empregos, (6,3%) > 2 de dois empregos e que (63,5%) possuem apenas um único vínculo empregatício.

Quanto à nacionalidade (100%) dos funcionários dos Caps responderam ser brasileiros. Nota-se a supremacia de pessoas originárias do país, mas isso não quer dizer que o país não aceite mão de obra estrangeira no território brasileiro (SANTOS et al 2016). Conforme os dados da tabela 01 a maioria dos funcionários possuem média salarial de > R$ 4.000,00 (56,3%) e (37,5%) em torno de 2.000,00 a 4.000,00 segundo dados do IBGE fazendo comparativo entre indivíduos graduados com emprego e não graduados com emprego há uma elevada diferença na remuneração, sendo que pessoas graduadas recebem melhor por seu trabalho (ALMEIDA, 2018).

De acordo com a CLT se o trabalho diário total for superior a 6 horas totais o empregador está obrigado a instituir período para o funcionário fazer suas refeições e descansar (DO TRABALHO, 2019). Verificou-se que durante a jornada de trabalho, (43,8%) funcionários do Caps responderam que possuem esse tempo de pausa, já os outros (53,6%) disseram que não há. Como a pergunta foi direcionada a quem trabalha 12 horas pode ser que quem respondeu de forma negativa a essa pergunta não trabalhe em regime de plantão.

A partir da análise dos dados sociodemográficos dos funcionários do caps ad e II percebeu-se maior número de pessoas com graduação e pós graduação. Sendo que possuir mais anos de estudo é uma variável que diminui os índices de surgimento de transtorno mental comum. Sob outra perspectiva, indivíduos com menos anos de estudo apresentam maiores chances de desenvolver o TMC. Tal delineamento tem relação com as condições sociais que envolvem emprego, condição financeira, possibilidade de ascensão social que na classe de trabalhadores com menos qualificação se torna mais sofrido, difícil e abre brecha para surgimento da ansiedade e depressão (LUCCHESE, 2014).

Um trabalho realizado em Porto Alegre em um conjunto de trabalhadores demonstrou como impacto a relação entre o medo de ficar desempregado e aumento dos

sintomas de estresse, ansiedade e depressão no conjunto de funcionários que trabalhavam na empresa no regime da CLT. Um dos resultados dessa pesquisa evidenciou que a insegurança no trabalho estaria intimamente relacionada à saúde do trabalhador e poderiam surgir eventos deletérios psicológicos que causam aspectos negativos, como; dúvida, incerteza, inquietação, indecisão, vulnerabilidade, diminuição da produtividade, dificuldade em realizar suas atividades laborativas (SILVA; ARGIMON ; WENDT, 2012).

No nexo causal entre relações trabalhistas e surgimento de sofrimento de ordem psíquica se verifica que é mais difícil detectar e tratar um agravo psíquico quando comparado a eventos físicos, que geralmente já possuem uma associação direta a possíveis causas e sintomas clínicos, sendo difícil para o trabalhador, que em um ambiente com condições favoráveis de trabalho, como por exemplo: uso de EPI's, disponibilização de insumos, boa relação interpessoal com a equipe, entre outros, relacionar uma causa para queixas psicológicas (RAMMINGER, 2022).

Inicialmente os sintomas de TMC causam a liberação de descarga emocional, como o aumento de estresse e ansiedade que podem agravar-se e evoluir para manifestações somáticas, o que fica evidente ao se ter relatos de distúrbios de ordem gastrointestinal, cardiovasculares e prejuízo do sono (CRUZ et al. 2019). Além de ser responsável pelo afastamento de trabalhadores de suas atividades laborativas, principalmente se ligado a fatores análogos à saúde mental e vulnerabilidade como as situações estressoras do trabalho (RAMMINGER, 2022).

Toda essa problemática, desperta a necessidade de reflexão sobre as particularidades de cada serviço e profissional. Saúde e adoecimento são diferentes de pessoa para pessoa, podendo ser multifatoriais. Um local de trabalho minimamente adequado não exclui o surgimento de eventos de ordem psicológica e nem física. Os estigmas relacionados à saúde mental, a baixa visibilidade de problemas de ordem psicológica e a baixa qualidade da assistência dos serviços de saúde, são fatores determinantes para dificuldade de controle e possíveis agravamentos de sintomas (MARCHI; JUNIOR; NUNES, 2020).

Tabela 2 – Questionário Sociodemográfico/Condições de Trabalho, segundo as características das condições de trabalho dos funcionários Caps II e Caps Ad III do município de Palmas/TO, Agos./Nov. 2021.

Serviço oferece/disponibiliza	**Nº**	**%**
Álcool 70% solução		
Sim	14	87,5
Não	0	0
Parcialmente	02	12,5
Álcool gel 70%		
Sim	12	75
Não	03	18,75
Parcialmente	01	6,25
Avental descartável		
Sim	16	100
Não	00	00
Parcialmente	00	00
Luvas de procedimento		
Sim	16	100
Não	00	00
Parcialmente	00	00
Máscara cirúrgica		

Sim	16	100
Não	00	00
Parcialmente	00	00
Máscara N95		
Sim	06	37,5
Não	07	43,75
Parcialmente	03	18,75
Óculos de proteção		
Sim	08	50
Não	06	37,5
Parcialmente	02	12,5
Touca descartável		
Sim	16	100
Não	00	00
Parcialmente	00	00
Disponibilizam pias para higienização das mãos?		
Sim	14	87,5
Não	00	00
Parcialmente	02	12,5
Disponibiliza insumos (computador, formulários, impressora e etc..) necessários para a realização do serviço?		

Sim	11	68,8
Não	02	12,5
Parcialmente	03	18,8
São disponibilizados materiais para realização das atividades propostas?		
Sim	11	68,8
Não	00	00
Parcialmente	05	31,2
Há a disponibilização de transporte para Visitas Domiciliares/Institucionais?		
Sim	16	100
Não	00	00
Parcialmente	00	00
Há o apoio e diálogo com a coordenação do serviço?		
Sim	16	100
Não	00	00
Parcialmente	00	00
Há o apoio e diálogo com a gerência de saúde mental do município?		
Sim	07	43,7
não	04	25
Parcialmente	05	31,3
Há o apoio e diálogo com a equipe multiprofissional do serviço?		

Sim	15	93,7
Não	00	00
Parcialmente	01	6,3
Seu local de trabalho promove ações voltadas à Educação Permanente dos servidores?		
Sim	06	37,5
Não	04	25
Parcialmente	06	37,5
Seu local de trabalho articula ações em prol da minimização de dano aos servidores, seja na reformulação das práticas assistenciais, mudança nos fluxos de atendimento?		
Sim	08	50
Não	03	18,8
Parcialmente	05	31,3

Conforme a tabela 02, quanto a disponibilização de insumos (87,5%) responderam que o álcool 70% solução está sempre disponível no Caps e parcialmente(12,5%). Quanto ao Álcool em gel (75%) responderam que tem na unidade, (18,75%) que não têm, (6,25%) parcialmente. Avental descartável, luvas de procedimento, máscara cirúrgica e touca descartável, todas disponíveis (100%). Máscara N95 (37,5) responderam que sim, (43,75) que não e parcialmente (18,75). Óculos de proteção **(**50%) sim tem na unidade, (37,5) não tem e parcialmente (12,5). Disponibilizam pias para higienização das mãos **(**87,5%) responderam que sim e parcialmente (12,5%)**.**Quanto a disponibilização de insumos (computador, formulários, impressora e etc..) para a realização do serviço **(**68,8%) sim, (12,5%) não e parcialmente (18,8%). Disponibilização de materiais para realização das atividades propostas (68,8%)

sim e parcialmente (31,2%). Quanto a disponibilização de transporte para visitas domiciliares/institucionais e apoio e diálogo com a coordenação do serviço ambas com (100%) sim. Em relação ao apoio e diálogo com a gerência de saúde mental do município (43,75%) responderam que há, não (25%) e parcialmente (31,3%). (93,7%) responderam sim para apoio e diálogo com a equipe multiprofissional do serviço e **(**6,3%) parcialmente**.** Promoção de ações voltadas à Educação Permanente dos servidores no trabalho (37,5%) sim há, não (25%), parcialmente (37,5%).Quanto a articulação de ações em prol da minimização de dano aos servidores, seja na reformulação das práticas assistenciais, mudança nos fluxos de atendimento (50%) sim promove,(18,8%) não e parcialmente (31,3%) .

Em boa parte das unidades de saúde é possível visualizar o mapa de riscos ocupacionais. Instrumento que classifica o risco para os profissionais a depender das atividades ali exercidas, assim existem riscos físicos, químicos, biológicos de acordo com a classificação do Ministério do Trabalho na NR 9. A adoção desse mapa estimula a adoção de instrumentos para prevenção de acidentes ocupacionais entre as partes envolvidas no processo; empregador, empregado e terceiros que vierem a fazer uso do serviço, segundo o Ministério do Trabalho NR 9.

Algumas implementações que são realizadas nas unidades de saúde de um modo geral é a disponibilização de equipamentos de proteção individual associado a práticas sanitárias de lavagem das mãos, uso de soluções com efeito antisséptico (ALBUQUERQUE et al 2019). Associado a ofertas de atualização e educação permanente em biossegurança, visando sensibilizar e capacitar o profissional no uso dessas práticas de proteção (PEREIRA et al 2010).

Em relação ao ambiente de trabalho dos funcionários do Caps foram realizados vários questionamentos sobre a disponibilização de EPIS para redução de acidentes no local de trabalho. Os resultados evidenciam que o serviço possui melhor cobertura de avental descartável, luvas de procedimento, máscara cirúrgica e touca descartável, todas com disponibilidade (100%), seguidos de álcool 70% solução com (87,5%), em relação a disponibilização de pias para higienização das mãos (87.5%) espaços contêm, álcool em gel (75%), óculos de proteção **(**50%) . O que apareceu em baixa foi a máscara N95 com (37,5) disponível e parcialmente (18,75).

Cabe salientar que a logística dos EPIS deve ser requisitada ao respectivo órgão competente a cada mês e que a disponibilização dos mesmo sofre com algumas variáveis como por exemplo licitações, aumento da demanda, prazos de validade sendo necessários o controle dessa requisição, distribuição e uso para manutenção e continuidade do serviço local (SILVA, 2015). Quanto a disponibilização de insumos (computador, formulários, impressora e etc..) e disponibilização de materiais para realização das atividades propostas (68,8%) responderam que possuem em seu local de trabalho essas tecnologias.

Em relação a disponibilização de transporte para visitas domiciliares/institucionais cobertura de (100%). As visitas domiciliares pela equipe multiprofissional fazem parte do serviço do Caps na tentativa de buscar o cuidado integral e entender o contexto dos usuários do serviço, sendo ofertado nessas visitas uma escuta qualificada (ANTUNES, 2012). Um ponto positivo para o serviço e para os usuários é essa disponibilidade.

Em relação ao desenvolvimento de práticas de apoio e diálogo no âmbito do serviço entre profissionais os dados da pesquisa revelam que (93,8%) possuem apoio e diálogo com a equipe multiprofissional do serviço, (100%) apoio e diálogo com a coordenação do serviço , apresentando menor percentual em relação ao apoio e diálogo com a gerência de saúde mental do município (43,85%). De acordo com Mendes, Neves e Partata (2015), a atuação do poder público na saúde mental é ruim, correspondendo assim o resultado da pesquisa, que evidencia a falta de articulação com a gerência e a ausência da atuação do poder público na saúde mental.

Um estudo qualitativo realizado em um Caps do Rio de Janeiro demonstrou a necessidade de integração profissionais e o desafio que é lidar com a pluralidade de conhecimentos tendo como ponto mais crítico o desenvolvimento de uma linguagem específica sobre os assuntos para condutas alinhadas entre os diversos setores envolvidos neste serviço sendo que uma das estratégia para se conseguir uma comunicação eficaz e uma alinhamento no serviço seriam a realização de reuniões integradas (VASCONCELLOS 2010).

Em relação à promoção de ações voltadas à Educação Permanente dos servidores no trabalho (37,5%), funcionários responderam que têm atividades voltadas para este fim no serviço e (37,5%) parcialmente. A educação permanente trabalha com a

realização de aperfeiçoamento profissional em um serviço de reciclagem constante para profissionais de saúde envolvidos no processo do trabalho e reflete mudanças nas práticas assistenciais (LEMOS 2016) . Os dados obtidos na pesquisa revelam que o processo de tornar a educação permanente parte da vivência dos profissionais do SUS ainda está evoluindo neste Caps.

De acordo com Lopes et. al (2021) boa parte dos serviços de saúde sofreram modificações em seus fluxos de atendimento devido ao aparecimento e disseminação do vírus da COVID 19 no Brasil, o que não foi diferente no Caps serviço essencial de saúde que manteve sua equipe e seus atendimentos durante os períodos mais complexos da pandemia. De maneira similar os Caps II e Ad III objeto da pesquisa passaram por adequações quanto a articulação de ações em prol da minimização de dano aos servidores, seja na reformulação das práticas assistenciais, mudança nos fluxos de atendimento (50%) responderam que sim promove, (31,3) parcialmente.

Em um estudo descritivo realizado com funcionários dos CAPS de Gurupi, Palmas, Paraíso do Tocantins e Porto Nacional, verificou-se que (87,5%) dos participantes responderam de forma negativa sobre a presença de capacitação e treinamento para o trabalho no CAPS, (66,7%) responderam que nunca fizeram cursos sobre a saúde mental e (86,1%) responderam que não recebem treinamento continuado no serviço (SILVA;OLIVEIRA, 2012).

Neste mesmo estudo citado acima, verificou-se que a relação do gestor municipal com o CAPS está estremecida, (20,8%) avaliaram essa relação como péssima, (19,4%) avaliaram como ruim e (41,7%) avaliaram como regular, o que segundo Silva e Oliveira (2012) é prejudicial para o serviço do CAPS levando em conta que o gestor municipal "[...] é o principal responsável pelo desempenho dos CAPS, este relacionamento deveria ser apontado como ótimo ou pelo menos bom [...]".

Um estudo qualitativo realizado com gestores do CAPS e usuário do serviço evidenciou a dificuldade dos gestores falarem sobre os direitos dos usuários com demanda em saúde mental na rede de atenção psicossocial, um dos motivos dessa omissão de informação seria o receio de ter mais trabalho somado a questões organizacionais pautadas na dificuldade na comunicação gestor-profissional-usuário e fragilidade no processo de apropriação de seus direitos enquanto usuário do SUS; na autonomia dos sujeitos, no acolhimento humanizado em saúde mental, na integralidade

do cuidado na condução da clínica ampliada. Porém esse estudo traz que os direitos dos usuários e a comunicação são extremamente necessários para a reestruturação dos serviços e coordenação de demandas entre dirigentes e usuários (EMERICH; CAMPOS; PASSOS 2014).

A educação permanente possibilita a abertura de espaços de comunicação e aprendizagem no serviço. Uma das finalidades dessa estratégia de ensino aprendizagem é possibilitar a criação de ambientes de reflexão sobre a prática e levantar estratégias de reestruturação do serviço de acordo com as demandas problematizadas. Considerando a pluralidade do público a ser atendido pelo SUS e a necessidade de um processo de educação continuada no âmbito do trabalho e da formação dos trabalhadores, fez-se necessário a criação da Política Nacional de Educação Permanente (CAMPOS et. al , 2009).

A política de educação permanente tenta diminuir as fragilidades existentes no processo formativo dos profissionais no âmbito SUS, em simultâneo busca a diminuição da fragmentação do cuidado. Oportuniza a troca de saberes num processo de formação contínua (CAMPOS et. al , 2009). Na medida em que os dispositivos de saúde se apropriam da educação permanente surgem estratégias que diminuem as fragilidades das ações de saúde no território (CAMPOS et. al ,2009). Tendo o usuário papel fundamental em seu cuidado e a unidade de saúde como ordenadora do cuidado e ponto da rede mais próxima do usuário.

Podemos dizer que a Reforma psiquiátrica tornou fundamental trabalhar a saúde mental na esfera acadêmica e na prática assistencial. De acordo com o que foi debatido na III Conferência Nacional de Saúde Mental, faz-se necessário abordar sobre métodos e estratégias para a capacitação de profissionais em saúde mental. A partir da Reforma Psiquiátrica os guias de saúde mental têm passado por uma reformulação, o que também é percebido como fundamental nos profissionais, tendo em mente esses avanços. Também é importante ter conhecimento sobre a rede de atenção psicossocial e comunicar-se entre os serviços para assim conseguir trabalhar de forma multiprofissional e transdisciplinarmente (CARDOSO, 2012).

Percebemos que a educação permanente sugere que o local de trabalho seja um espaço acolhedor das multiplicidades de saberes e categorias profissionais de saúde com a finalidade de reorganizar e gerenciar suas práticas, um espaço que dá voz a experiência

e a cientificidade, é um espaço de atualização e de estar aberto ao que outro tem a contribuir. Isto tem como efeitos, a diminuição das fragmentações e fragilidades do serviço. Além de que a atualização sistemática acarreta a melhoria do processo de trabalho em que se está inserido (CAMPOS et. al ,2009).

Tabela 3 – Questionário Self-reporting (SRQ-20), segundo presença ou não de transtorno mental comum nos funcionários CAPS II e CAPS AD III município de Palmas/TO, Agos./Nov. 2021.

16 PARTICIPANTES	RESPOSTAS Nº		PRESENÇA DE TRANSTORNO MENTAL COMUM	
	SIM	**NÃO**	**NÃO < 6**	**SIM > 7**
Participante 01	**02**	**18**	**Não**	
Participante 02	**03**	**17**	**Não**	
Participante 03	**01**	**19**	**Não**	
Participante 04	**01**	**19**	**Não**	
Participante 05	**14**	**06**		**Sim**
Participante 06	**11**	**09**		**Sim**
Participante 07	**06**	**14**	**Não**	
Participante 08	**06**	**14**	**Não**	
Participante 09	**03**	**17**	**Não**	

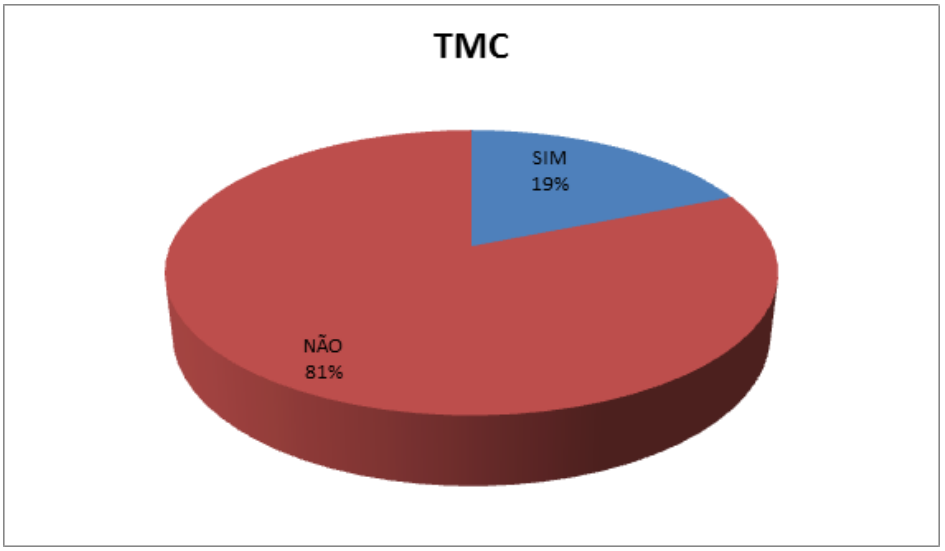
Participante 10	**04**	**16**	**Não**	
Participante 11	**08**	**12**		**Sim**
Participante 12	**00**	**20**	**Não**	
Participante 13	**00**	**20**	**Não**	
Participante 14	**00**	**20**	**Não**	
Participante 15	**01**	**19**	**Não**	
Participante 16	**05**	**15**	**Não**	

Na tabela 03 estão descritas as respostas do SRQ pelos profissionais do CAPS II e AD III do município de Palmas. Para análise dos critérios sugestivos de TMC foi adotado com negativo respostas ≤ 6 e positivo ≥ 7 Sim.

Tabela 4 - Questões do Self-Reporting Questionnaire **(SRQ-20)**, segundo presença ou não de transtorno mental comum nos funcionários CAPS II e CAPS AD III município de Palmas/TO, Agos./Nov. 2021.

Características	**Nº**	**%**
TMC		
SIM	03	18,8
NÃO	13	81

Gráfico 1 - Questões do Self-Reporting Questionnaire **(SRQ-20)**, segundo presença ou não de transtorno mental comum nos funcionários CAPS II e CAPS AD III município de Palmas/TO, Agos./Nov. 2021.



Na Tabela 04 e no Gráfico 1, obtém-se o total de profissionais que possuem critérios sugestivos para estresse, ansiedade e depressão intitulado Transtorno Mental Comum. De acordo com a Tabela 3 e 4, do total de funcionários que participaram da pesquisa, 03 apresentaram esses critérios. Ao calcular a prevalência para TMC obteve-se o percentual de 18,75 % do conjunto dos funcionários. Em relação a variável sexo, obteve-se que todos os 03 casos sugestivos de TMC são do sexo feminino e aquelas que apresentaram percentual limítrofe para indicativo de TMC mas não se enquadraram com respostas iguais a 6 ambas também eram do sexo feminino.

Segundo o Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho (2015), o trabalho vem se modificando com o passar dos anos, configurando essa reestruturação no aumento do ritmo de trabalho, pressão do tempo, monotonia de tarefas, conflitos de papéis, isolamento social e a falta do poder de decisão. Contudo, o trabalho junto com os conflitos interpessoais podem contribuir de forma negativa a saúde mental desse trabalhador. O processo de prazer e sofrimento é vivenciado de forma recorrente no trabalho, quando se é vivenciado experiências de valorização e reconhecimento é gerado um sentimento de prazer e do mesmo jeito ocorre numa situação adversa, quando há o desgaste no processo de trabalho e não há diálogo com a gerência, vêm os sentimentos de

descontentamento e o desânimo; Assim resultando numa sobrecarga na saúde mental do indivíduo, gerando sofrimento.

De acordo com Steel (2014 apud Senicato;Azevedo e Barros 2018) o incidência de transtorno mental comum entre homens e mulheres são diferentes, sendo que indivíduos do sexo feminino estão mais propensas a desenvolver sintomas ansiosos e depressivos com mais facilidade quando equiparado ao acontecimento em homens, o que vai de encontro aos dados obtidos na presente pesquisa em que todos os funcionários que deram percentual para provável TMC são do sexo feminino.

Um estudo realizado por Santos; Siqueira (2010) em forma de revisão sistemática de literatura aponta que a prevalência de transtorno mental nos estudos selecionados no período de 13 anos foi de ≥ 20 nos diferentes grupos pesquisados para TMC, dado que se aproxima ao obtido nesse estudo em que a prevalência de TMC foi de 18,75 % no conjunto de funcionários do Caps II e Ad III além de ir de encontro a maior incidência entre mulheres.

Dos sintomas rastreados pelo SRQ 20 , percebe-se que dos três indivíduos com respostas ≥ 7 Sim os seguintes sintomas apareciam com maior ocorrência: dores de cabeça frequentes, dormir mal, má digestão, dificuldade para realizar com satisfação as atividades diárias. Algumas semelhanças que foram vistas nos conjuntos dos indivíduos com respostas ≥ 7 Sim foram: idade (66%) tinham entre 18-30 anos; (66%) eram solteiros, (66%) não tinham filhos, (66%) tinham pós graduação, (66%) atuavam a mais de cinco anos na saúde mental, (66%) atuavam no caps entre 2 a 5 anos, (66%) possuem apenas um vínculo empregatício.

Em um estudo transversal realizado com servidores públicos federais do estado do Tocantins por meio do acesso a dados do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor /UFT/Palmas-TO; percebeu-se que uma das principais causas de afastamento desses servidores do serviço está relacionado ao surgimento de transtornos mentais e comportamentais. O percentual de afastamento do serviço por servidores públicos federais foi de (51,91%), decorrentes de transtorno mental comum (OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, (2015).

Ainda segundo os mesmos autores a "[...]intensa demanda dos serviços, precarização das estruturas físicas e de gestão pública, mudanças políticas de governo que alteram as rotinas e processos de trabalho[...]", colaboram para o sentimento de não

pertencimento, dificuldade de adaptação e aumento da incidência de transtornos mentais. Todos esses fatores ocupacionais, empíricos e particulares de cada sujeito, quando não tratados de forma preventiva, exercem peso no aumento do número de afastamentos, absenteísmo e aposentadorias precoces (OLIVEIRA; BALDAÇARA; MAIA, (2015).

Em um estudo qualitativo realizado com bancários evidencia-se a falta de um programa de reintegração de funcionários ao serviço. Nota-se que os sujeitos da pesquisa após o gozo de licença médica por afastamento decorrente de transtorno mental e comportamental quando retornavam ao trabalho entravam em contato com os mesmos agentes estressores, as mesmas dificuldades que os fizeram adoecer e se afastar. Sendo assim difícil recomeçar em um ambiente de intensa cobrança (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011). A responsabilidade é do empregador buscar estratégias para evitar o adoecimento em seus funcionários, ou seja, a gestão deve estar a frente, administrando o trabalho, para manter um ambiente saudável, seja presencial ou remoto (OMS, ADOECIMENTO DO TRABALHADOR, 2022).

Percebeu-se que o trabalho em si adquire particularidades distintas nos sujeitos, podendo ter a presença de aspectos positivos, como: remuneração, lazer, educação, transporte e alimentação, como também aspectos negativos, sendo psicoemocionais como: estresse, ansiedade e depressão, esse ambiente sendo capaz de trazer risco a saúde do trabalhador, sendo propício ao adoecimento. O retorno ao serviço pode ser marcado pela continuidade dos sintomas psicoemocionais, que deram origem ao afastamento, tornando usual o retorno do estresse, da ansiedade e depressão. Porém alguns relatos destacaram algumas estratégias que possibilitaram uma qualidade de vida melhor no trabalho, tais como: o autoconhecimento de suas limitações, não se submeter a fazer horas extras e ter um canal de comunicação fortalecido, entre outros (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

4 CONCLUSÃO

O presente artigo buscou avaliar o perfil e a prevalência dos transtornos mentais comuns nos profissionais dos CAPS II e AD III do município de Palmas/TO, através de pesquisa científica quantitativa, onde foi possível identificar por meio dos instrumentos utilizados, os seguintes resultados: Sociodemográfico/Condições de Trabalho, mostrou

que 75% dos participantes da pesquisa são mulheres, o que corrobora com as pesquisas citadas dentro desse artigo, como relata Souza et.al (2021), o trabalho que é repleto de cargas psíquicas repercute na saúde mental dos indivíduos, evidenciando as mulheres trabalhadoras como mais afetadas com TMC, com maior exposição feminina ao adoecimento mental, ou seja maior número de profissionais mulheres, poderá ocorrer o maior percentual de TMC. 75% dos profissionais possui pós graduação, o que qualifica, desenvolve e inova o trabalho na RAPS, como também diminui as possibilidades de se adquirir TMC, potencializando o serviço. 62,5% só possui 01 vínculo empregatício, que acabam priorizando o bem estar físico e mental, evitando desgastes relacionados ao ambiente de trabalho.

Em relação às Condições de trabalho, a não distribuição da Máscara N95 obteve 43,75% de respostas no questionário, no qual chamou a atenção, pois deveria ser ofertada pela gestão do município, devido ao atual cenário pandêmico de Covid-19 que estamos enfrentando, sendo um dos acessórios básicos dos EPI's, cabendo ainda salientar que a logística dos EPIS deve ser requisitada ao respectivo órgão competente a cada mês, a falta de insumos pode contribuir para insatisfação com o trabalho, criando situações de insalubridade e um ambiente estressante. É pertinente também falar sobre as promoções de ações voltadas à educação permanente dos servidores que mediante a pergunta deram as seguintes respostas, 25% não há, 37,5% sim e 37,5% parcialmente; De acordo com Leite e Rocha (2017), sabemos que a educação permanente em saúde se constitui como um recurso importante para que ocorra mudanças nos processos de trabalho, especialmente à atenção em saúde mental, sendo um processo dinâmico que pode ser realizada através das capacitações, seminários, reuniões de equipe, matriciamento e fóruns de serviços. A EPS é fundamental para qualificar o atendimento em saúde mental e ao mesmo tempo servir de apoio aos profissionais no desenvolvimento de suas atividades cotidianas. Além disso, os dados apontam a necessidade que o município desenvolva ações de saúde do trabalhador no campo da saúde mental que considerem as questões de gênero, assim criando possibilidades de saberes que poderão se transformar em ações de cuidado integral e focados nas necessidades das pessoas que requerem atenção em saúde.

Conforme os resultados obtidos através do SRQ-20, percebeu-se que ao calcular a prevalência para TMC obteve-se o percentual de 19 % do conjunto dos funcionários. Em relação a variável sexo, obteve-se que todos os 03 casos sugestivos de TMC são do sexo feminino e aquelas que apresentaram percentual limítrofe para indicativo de TMC mas não se enquadraram com respostas iguais a 6 ambas também eram do sexo feminino. Neste caso, se confirma mais uma vez na pesquisa a necessidade de ações de saúde do trabalhador no campo da saúde mental, com ênfase nas questões de gênero, em virtude da incidência de TMC afetar em maior número as mulheres. O conhecimento dessa realidade poderá melhorar o tratamento das mulheres como grupo mais vulnerável a ter eventos ansiosos, estressantes e depressivos. Existem muitas publicações sobre a aplicação do SRQ 20 em trabalhadores, porém é necessário ainda mais publicações sobre o assunto prevenção e promoção à saúde do trabalhador, como por exemplo um segundo estudo demonstrando métodos de intervenção ao diagnóstico realizado no primeiro estudo, ou seja, um ensaio para verificar não só a doença mas os meios de tratá-la.

A pesquisa evidencia que é preciso diminuir as fragilidades existentes na comunicação intrasetorial entre a gerência de saúde mental e a equipe atuante no CAPS II e AD III do município de Palmas. Sugerimos que seja utilizado ferramentas como reunião de equipe, discussão de casos e educação permanente, juntamente com a participação da gerência de saúde mental do município, onde poderão marcar encontros sistemáticos com as coordenações dos serviços e do programa de saúde mental da residência multiprofissional, assim havendo a possibilidade de tratar esse problema. Além das portarias ministeriais em saúde mental cabe a gestão orientar como a rede de atenção psicossocial deve funcionar no município quanto aos dispositivos, funcionamento, demanda, recursos humanos, fluxos de referência e contrarreferência e pactuações internas para melhoria do fluxo do serviço. Os trabalhadores do caps devem receber apoio da gerência de saúde mental constantemente. Além de promover a educação permanente das equipes multiprofissionais para capacitá-los a trabalhar com os usuários com problemas de saúde mental.

Espera-se que os resultados obtidos nessa pesquisa contribuam para o desenvolvimento de conhecimentos e melhorias na área da saúde do trabalhador, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência, desta forma, contribuindo para adoção de

novas estratégias, assim elevando os níveis de satisfação com o trabalho, favorecendo a manutenção da saúde mental dos trabalhadores de saúde dos Caps.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 11, p. 01-06, 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129519.

ALBUQUERQUE, Flávia Michelle Pereira. Políticas Públicas de Saúde Mental como Promotoras de Cidadania e (re)Inserção Social - Um novo lugar para ser feliz? Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil. 2019. 154 f

AMAZARRAY, Mayte Raya; OLIVEIRA, Gabrielle Farias; FEIJÓ, Fernando Ribas. Contexto de Trabalho e Transtornos Mentais Comuns em Trabalhadores do Judiciário Federal no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 19, n. 3, p. 687-694, 2019.

BARROSO, Bárbara Iansã de Lima et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, 2020.

BEZERRA, Gabriela Duarte et al. **O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa**. REAID, 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

COSTA, Danielle Loren. **Análise da relação entre saúde mental e trabalho de docentes universitários.** 2016. 114f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

CORGOSINHO, Clara Coelho. **Da saúde mental para a saúde mental: o adoecimento de assistentes sociais inseridos/as nos CAPS**. 2019. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social)–Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

CRUZ, Pérola Liciane Baptista et al. Transtorno mental comum entre estudantes de enfermagem e fatores envolvidos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 01-04, 2019. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212.

DE PAULA GUIRADO, Gunther Monteiro. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SUAS PECULIARIDADES COM O TRABALHO.

DESCHAMPS, Andréa Luciana Poerner; RODRIGUES, Jeferson. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 17, p. 78-92, jan. 2016.

FERRARO, Alceu Ravanello. **Quantidade e qualidade na pesquisa em educação, na perspectiva da dialética marxista**. Pro-Posições, Campinas, v. 23, n. 1 (67), p. 129-146, jan./abr. 2012.

GAINO, Loraine Vivian *et al*. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **Smad, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, São Paulo, v. 2, n. 14, p. 108-116, jun. 2018.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 380-390, 2008.

JACINTO, Aline; DA ROSA TOLFO, Suzana. Fatores psicossociais de risco no trabalho e Transtorno Mental Comum: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram os instrumentos JCQ, JSS e SRQ-20. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 107-124, 2017.

LEITE, Loiva dos Santos; ROCHA, Kátia Bones. **Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre.** Estudos de Psicologia, 22 (2), Jun de 2017, pág 203-213.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 155-170, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827.

MURCHO, Nuno; PACHECO, Eusébio; JESUS, Saul Neves de. TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UM ESTUDO DE REVISÃO. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, São Paulo, v. 3, n. 15, p. 30-36, jun. 2016.

NICHELE, Cíntia da Silva Telles. Saúde do trabalhador na Constituição brasileira. 2019. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (**OMS**), O Adoecimento do trabalhador, 2022.

PESSOA JÚNIOR, João Mário et al. Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: challenges and perspectives. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 83-89, 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160012.

PEREIRA, Maristela de Souza; OLIVEIRA, Karol Teixeira de; SILVA, Ione Aparecida. Atuação intersetorial em saúde do trabalhador. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, [S.L.], p. 119-131, 12 set. 2018. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v21i2p119-131.

PEREZ, Karine Vanessa; BOTTEGA, Carla Garcia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 287-298, 2017.

RIBEIRO, Isabel Batista da Silva et al. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 04, 2020.

SANTOS, Ediálida Costa; ESPINOSA, Mariano Martínez; MARCON, Samira Reschetti. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

RODRIGUES, Pedro Paulo; DE ALENCAR, Rayane Moreira. RISCOS DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICOS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 17, n. 2, p. 64-72, 2019.

SANTOS, Ediálida Costa; ESPINOSA, Mariano Martínez; MARCON, Samira Reschetti. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

SANTOS, Gustavo de Brito Venâncio dos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00236318, 2019.

SANTOS, Kionna OB et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SANTOS, Mariana Fernandes Ramos dos; OLIVEIRA, Maria Eduarda de Freitas. SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE COVID-19: A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO REMOTO. **Revista Transformar**, São Paulo, p. 74-88, ago. 2020.

SILVA, Marília Eufrásio da et al. Atenção à saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 44617-44631, 2020.

SOUSA, Camila Carvalho de et.al; Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Caderno de Saúde Pública** 37 (7) Jul 2021. https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320.

TREVISAN, Erika Renata; CASTRO, Sybelle de Souza. Aspectos psicossociais do trabalho em Saúde Mental: uma revisão integrativa. **Smad, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogras**, Minas Gerais, v. 3, n. 12, p. 188-197, jul. 2016.

WEBER, Larissa et.al; Percurso formativo na Rede de Atenção Psicossocial: Inovação e transformação nas práticas em saúde mental. **SMAD. Revista Eletrônica saúde mental álcool e drogas.** Ribeirão Preto. Vol. 17, n. 3 (jul./set. 2021), p. 37-46.

USO DA AURICULOTERAPIA NO CUIDADO E TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ADMITIDOS NO ACOLHIMENTO INTEGRAL DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD III) DE PALMAS TOCANTINS: Relato de Experiência

Déborah Pereira Amorim
https://orcid.org/**0000-0003-1485-2805**
Email: deborah_amorim21@hotmail.com

MSc. Ludimila Inês Nunes Prestes
https://orcid.org/0000-0002-8794-5036
Email: ludimilaprestes@hotmail.com

Esp. Thaydja Rhalline Lopes Campos
https://orcid.org/0000-0002-0678-3654
Email: thaydja@gmail.com

Resumo: As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) estão crescendo no campo de saúde pública no Brasil. Isso se deve às mudanças nas políticas públicas de saúde e outros fatores incluindo a insatisfação com o modelo biomédico e a medicina convencional. Esta pesquisa tem por objetivo relatar a experiência sobre o uso da auriculoterapia em usuários de substâncias psicoativas admitidos no Acolhimento Integral do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) de Palmas Tocantins. Com isso, o método é uma pesquisa de natureza qualitativa, por meio da aplicação de auriculoterapia baseada no protocolo N.A.D.A. (National Acupuncture Detoxification Assocation), utilizando o diário de campo como ferramenta principal de coleta de dados. No decorrer da pesquisa realizou-se revisões de literatura sobre a luta antimanicomial, Reforma Psiquiátrica, normativas de saúde mental, integralidade do cuidado em saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e Auriculoterapia. Diante dos resultados obtidos, notou-se que a auriculoterapia colaborou de maneira positiva no processo de desintoxicação, reduzindo a ansiedade e os sinais e sintomas de abstinência nos usuários do Acolhimento Integral do CAPS AD III, além de fortalecer os vínculos, o Projeto Terapêutico Singular, a adesão ao tratamento e, consequentemente, a melhora geral da saúde do usuário.

Palavras-chaves: Auriculoterapia, Dependência Química, Síndrome de Abstinência à Substâncias.

USE OF AURICULOTHERAPY IN THE CARE AND TREATMENT OF USERS OF

PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ADMITTED TO THE INTEGRAL RECEPTION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS (CAPS AD III) OF PALMAS TOCANTINS: Experience Report

Abstract: Integrative and Complementary Practices (PICs) is growing in the field of public health in Brazil. This is due to changes in public health policies and other factors including dissatisfaction with the biomedical model and conventional medicine. The research aims to report the experience on the use of Auriculotherapy in users of psychoactive substances admitted to the Integral Reception of the Psychosocial Care Center Alcohol and other Drugs (CAPS AD III) of Palmas Tocantins. With this, the method is a qualitative research, through the application of auriculotherapy based on the N.A.D.A. protocol (National Acupuncture Detoxification Assocation), using the field diary as the main tool for data collection. During the research, literature reviews were conducted on the anti-miscomial fight, Psychiatric Reform, mental health regulations, integrality of mental health care, Psychosocial Care Center Alcohol and other Drugs and auriculotherapy. In view of the results obtained, it was noticed that Auriculotherapy collaborated positively in the detoxification process, reducing anxiety and withdrawal signs and symptoms in users of caps AD III Integral Reception, in addition to strengthening bonds, Singular Therapeutic Project, treatment adhering and, consequently, the overall improvement of the user's health.

Keywords: Auriculotherapy, Chemical Dependence, Substance Abstinence Syndrome

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho apresenta como direcionamento um relato de experiência com o uso da auriculoterapia em usuários de substâncias psicoativas admitidos no Acolhimento Integral do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) de Palmas Tocantins.

A Organização Mundial de Saúde (1946) define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade”. Também sobre este conceito, Morais (2012, p. 05) aponta que a “doença mental foi caracterizada como uma desordem emocional, revelando a influência das experiências internas e relacionais na concepção de adoecimento mental”.

No mesmo seguimento é viável entender a saúde mental como o reflexo da existência humana, englobando o estado de bem-estar ou o sofrimento intenso, e associando sua interação com a sociedade e a realidade, pontuando como características a ruptura da identidade, sofrimento e sensação de bem-estar de uma forma geral (BRUSAMARELLO, 2017). Dessa forma, nota-se que equilíbrio emocional pontua uma parte do que compõe saúde mental, que vai além das definições citadas acima.

A saúde mental precisa ser mais vista e valorizada de acordo com suas complexidades. Nota-se que pessoas com transtornos mentais e pessoas que necessitam dos serviços de saúde mental tem buscado mais alternativas para adquirir o bem-estar físico e mental, sempre baseados de acordo com o território ao qual estão inseridos. Com isso, um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) é promover saúde mental e qualidade de vida as populações de uma forma geral, mas medidas precisam ser pontuadas, pois para essa implementação é necessário examinar todos os contextos que são atingidos pelos ODS para que sejam alcançados de maneira eficaz favorecendo a população como um todo, principalmente as que se encontram em vulnerabilidade de uma forma geral (SILVEIRA, 2020).

O CAPS AD III é um serviço de assistência em saúde mental constituído com uma visão ambulatorial e de atenção contínua de maneira integral, aberto 24h todos os dias da semana, incluindo feriados. Este serviço visa atender pessoas com dependência química, acompanhando e monitorando seu tratamento, visando a

reabilitação psicossocial e a reinserção social dos usuários e com isso, contando com uma equipe multiprofissional. Esta por sua vez é composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, além de residentes em saúde mental que são das seguintes categorias: psicologia, serviço social, terapia ocupacional, educação física, enfermagem e farmácia. Dentre os serviços ofertados por esta equipe, pode-se citar: atendimentos individuais, atendimentos em grupo, oficinas, visitas domiciliares, atendimento familiar, atividades comunitárias, atendimentos farmacêuticos (BRASIL, 2002).

Dentro deste serviço há o Acolhimento Integral que é um espaço para permanência temporária, baseado em critérios clínicos, visando a desintoxicação das substâncias químicas, e/ou critérios psicossociais que possuem necessidade de observação, repouso, proteção, manejo de conflito e, outros. O usuário permanece por no máximo 14 dias nesse tipo de acolhimento participando dos atendimentos fornecidos pelo serviço (BRASIL,2012).

Nesse contexto, há uma equipe com diversas habilidades, cada um atuando dentro de suas profissões, fornecendo cuidado em saúde mental com a participação do usuário e sua família, seja durante sua permanência no serviço no acolhimento integral ou nos atendimentos diurnos. O propósito deste atendimento é reabilitar e reinserir socialmente os usuários, fornecendo uma melhoria na saúde de uma forma geral e consequentemente sua qualidade de vida.

Esse estudo apresenta como objetivo realizar um relato de experiência sobre o uso da auriculoterapia em usuários de substâncias psicoativas admitidos no Acolhimento Integral do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) de Palmas Tocantins. Por sua vez, o tratamento com alternativas menos invasivas, sendo a parte que proporciona grande satisfação na realização desta pesquisa, fornecendo novas possibilidades para compor o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, garantindo a integralidade dele, reconhecendo suas facilidades, limitações e compreendendo seu processo dentro das etapas que surgirem.

O método utilizado foi por meio de registros e anotações em diário de campo, proporcionando uma análise qualitativa, relatando a experiência e as pontuações crítico-reflexivas vivenciadas no dia-a-dia relacionadas ao processo de trabalho, na perspectiva da profissional residente em saúde mental.

As práticas integrativas e complementares (PICs) fazem parte da medicina

tradicional e complementar, apresentam alguns métodos que auxiliam no processo saúde e doença, visando a ampliação do olhar como trabalhador da saúde para as demandas trazidas pelos pacientes aos atendimentos. Assim, possibilitam novas formas de tratamentos, com baixo custo que necessitam de pouco recurso financeiro, principalmente se comparado aos gatos com medicamentos (TELESI JUNIOR, 2016).

Sendo assim, essa pesquisa é significativa para o serviço como um todo, considerando que a auriculoterapia possui baixo custo para o SUS, além de ser uma ferramenta com resposta significativa em diversos tratamentos. Tal atendimento pode trazer benefícios ao usuário, pois seu atendimento passa a ser de maneira singular, pautado no cuidado integral com opções de complementação ao tratamento medicamentoso ofertado aos usuários, possibilitando melhoria do quadro do clínico de dependência de substâncias e suas consequências na sociedade, avaliando suas vivências e o contexto que está inserido.

Há também um crescimento em pesquisas relacionadas ao uso da auriculoterapia nos serviços de saúde mental, possibilitando novas formas de atuação nos serviços de saúde de uma forma geral, principalmente no Estado do Tocantins.

2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Quando passamos a pensar em um contexto histórico da saúde mental no Brasil, nos deparamos com a medicina não muito avançada, quando ainda não possuía bases suficientes para atuação com relação ao tema. A assistência em saúde mental era menosprezada e permaneceu assim por muitos séculos, justificando o adoecimento mental em outros pontos da vida do indivíduo (GONÇALVES, 2001).

Na Idade Média, tudo que se configurava fora dos padrões de “normalidade” era considerado como adoecimento psíquico e eram explicados pelos contextos religiosos, como por exemplo presença de demônios e até possessão demoníaca. Na sociedade havia uma exclusão dessas pessoas e até mesmo situações de violências e morte. Um marco dessas situações que ocorriam na época foi o “Nau dos Loucos” que caracterizava pela expulsão de pessoas julgadas como loucas dos navios em meados do século XIV (FOUCAULT, 2008).

Com o decorrer dos anos instituíram os hospitais psiquiátricos de modelo asilar, com intuito de causar uma higienização social de tudo que era menosprezado pela sociedade eram consideradas “loucas”, entre elas pessoas pobres, situação de rua,

doentes, entre outros. Dentro dessas instituições os tratamentos ofertados eram terapia medicamentosa padronizada (o mesmo para todos), sem especificações para cada caso e uso de procedimentos invasivos, tais como: eletroconvulsoterapia, lobotomia, choque cardiazólico, insulinoterapia, como mecanismos indispensáveis para a contenção da agitação e redução de comportamentos ditos como indesejáveis (ANDRADE, 2013).

Com a distribuição e construção dos hospitais psiquiátricos no Brasil em meados de 1920, notava-se que o modelo de atendimento era biomédico, onde o foco era somente na doença e não na pessoa, retirando a autonomia e a capacidade de se relacionar com familiares e amigos (GONÇALVES, 2001).

Além disso, a atenção psiquiátrica destinada a esses espaços, o tratamento e os locais de atendimento, eram insalubres e ocorriam situações de violência, onde as pessoas viviam de forma asilar dentro dos manicômios, excluindo os portadores de transtornos mentais da sociedade. Haviam outras pessoas internadas nessas instituições que eram vistas como “diferentes” por não se comportarem de maneira adequada na sociedade e passaram a viver isoladamente das demais pessoas que eram ditas como produtivas, normais e que eram ser socialmente aceitas (GONÇALVES, 2001).

Com o passar dos anos, no Brasil, por volta de 1978, houveram modificações na área de saúde mental e iniciaram-se os processos para a Reforma Psiquiátrica, que possuiu grande potência nas décadas de 80 e 90. Posteriormente, surge a implantação da Política Nacional de Saúde Mental que visa a derrubada dos muros dos manicômios, garantia de direitos, melhores condições de vida, aplicação do atendimento biopsicossocial. A Reforma Psiquiátrica apresenta a quebra do estigma sobre essas pessoas e suas condições de saúde por apresentar a reinserção social e familiar como uma alternativa de cuidado e valorização do sujeito, a cidadania, autonomia, reorganizando suas demandas sociais, culturais, que por muito tempo foram negligenciadas por questões morais da sociedade (SANTOS, 2015).

Um dos marcos que direcionaram o Brasil para a Reforma Psiquiátrica foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se uniram com o intuito de realizar junção de suas forças e ideais como os de liberdade, fraternidade e igualdade baseados na Reforma Psiquiátrica da Itália e em suas convicções, conhecimento e valores para lutar pelos institucionalizados em condições deploráveis e sem atendimento digno. A luta antimanicomial também se tornou um evento que

possui relevância na mudança no modelo asilar para o cuidado biopsicossocial, visando o cuidado integral (BRASIL, 2005).

Ocorreram diversos movimentos até a consolidação da Reforma, como a Carta de Bauru, exibida no Congresso dos Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, em 1987 na cidade de Bauru (SP) que teve grande relevância, pois contava com vários trabalhadores, colaboradores, familiares e usuários de saúde mental que lutavam pelo fim dos manicômios asilares e uma modificação nos tipos de atendimentos fornecidos à saúde mental, concedendo assim o projeto de lei Paulo Delgado, que foi firmado em abril de 2001 com a publicação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que visa redirecionar o modelo de assistência fornecido a saúde mental no país. Outras leis e portarias foram construídas a partir desta, oferecendo novas formas de conduzir a saúde mental, apresentando métodos e fornecendo estratégias para atendimentos as pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas, sem a necessidade de exclusão da sociedade e sim garantia de reabilitação e reinserção social (AMARANTE, 1995).

A Atenção Psicossocial vem para fazer valer a Reforma Psiquiátrica no Brasil e introduzir mecanismos de suporte para os usuários de saúde mental. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental garantem não somente a retirada dos manicômios, mas direitos assegurados por Lei. As demandas de saúde mental precisam ser atendidas com qualidade, fornecendo assim um serviço eficiente que prioriza a atenção integral, universal, sem qualquer discriminação por sua condição, seja ela, transtornos mentais ou relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, que por muitas vezes são negligenciados, julgados, excluídos, pois ainda há resquícios de estigmas e preconceitos relacionados a essas pessoas como se os mesmos não merecessem esse cuidado (GUIMARAES,2013).

Dessa forma, as políticas públicas de saúde mental e demais políticas do SUS que possuem como princípios fundamentais a integralidade, universalidade e equidade, norteando a atuação profissional em saúde mental, assegurando seus direitos, estimulando a autonomia, cidadania, principalmente as pessoas mais vulneráveis e que sofrem com os estigmas impostos pela sociedade.

2.2 Integralidade do Cuidado no contexto do CAPS AD III

No campo da saúde podem ser encontradas diversas terminologias para definirem melhor o cuidado ao usuário e a qualidade dele. Um dos princípios que será abordado aqui é o da integralidade do cuidado em Saúde Mental (BRUSAMARELLO, 2017). Dessa forma, é necessário relembrar que houve uma transformação do modelo assistencial no campo da saúde mental, passando de manicomial, hospitalocêntrica, para uma atenção psicossocial, onde o sujeito em sofrimento psíquico tem maior visibilidade. Nessa mesma linha, a integralidade é focada em direcionar e ampliar as ações de saúde, sempre evidenciando a necessidade de diariamente quebrar os paradigmas que envolvem a transformação do modelo de atenção, retirando a centralidade do modelo biomédico (GONÇALVES, 2001).

Com esta visão de integralidade, temos como ponto principal o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um instrumento muito utilizado aos cuidados em saúde mental e uma ferramenta que facilita as ações em saúde estabelecendo um vínculo e promovendo autonomia, co-responsabilidade e acima de tudo organiza o cuidado fornecido ao usuário, apontando nele cada esfera de cuidado, particularidades do usuário e vulnerabilidades. Fundamentado no cuidado integral aos usuários de substâncias psicoativas, o PTS é voltado para a subjetividade e individualidade de cada usuário, sendo montado de maneira exclusiva (BRASIL,2007).

Vale ressaltar a necessidade de compartilhamento do cuidado com os familiares, sendo fundamental a participação da família em conjunto com o usuário, pois fornecem apoio e funciona como um suporte aos serviços de saúde ao qual esse usuário está inserido, favorecendo uma melhor adesão ao tratamento e fortalecimento de vínculos (MORAES, 2008). Sendo assim, vem nos lembrar da necessidade do cuidado, olhar integral e outros direitos frisados nas normativas de Saúde Mental.

Ao realizar o PTS, viabiliza-se uma modificação nos contextos de vida do usuário e no decorrer do processo somos agraciados ao lidar de cara com o empoderamento em saúde, que permite que usuários e famílias se beneficiam de uma melhor qualidade de vida em sociedade (CARVALHO, 2012). Portanto, o PTS possibilita a junção dos contextos de vida do usuário realizado de uma forma estruturada e organizada onde possibilita autonomia, reinserção social e empoderamento de suas condições de saúde. Sendo realizada de acordo com a necessidade de cada indivíduo, ele será um suporte no tratamento do usuário de saúde mental e os resultados tendem a ser mais satisfatórios para o cuidado em saúde de uma forma geral. Na construção do PTS podemos identificar algumas demandas e

realizar algumas orientações, que necessitam de intervenções terapêuticas (BRASIL, 2008). Assim. é necessário a inclusão em grupos que abordem temas de interesse e necessidade do usuário. Os grupos são ações de saúde que podem incluir alguns pontos de educação popular em saúde, assim como as salas de espera, palestras, entre outros.

Outro ponto a ser inserido nesse cuidado integral é a visão de clínica ampliada, uma forma mais recente de atuação que atua no acompanhamento profissional além da doença, mas pautado na capacidade de modificar o cenário que o paciente está inserido, auxiliando na compreensão e entendimento de novas formas de viver mesmo com as condições que a doença fornece. A clínica ampliada possui como fundamentos o compromisso com a singularidade, responsabilidade territorial, de maneira ética e respeitosa, fortalecendo vínculos e construindo ferramentas para melhor ajudar os pacientes acompanhados (BRASIL, 2008).

Viabilizar a integralidade a clínica ampliada nas ações de saúde mental é imprescindível para o engajamento da rede em diferentes níveis de atenção em saúde, desde o nível primário ao terciário. Ressalta-se ainda a importância da Rede de Atenção em Saúde Mental se articular para atender melhor às necessidades de cada usuário. Mas, nem sempre a rede se conversa de forma efetiva e não há uma articulação de qualidade, dificultando os atendimentos na rede, além de limitar o acesso, a compreensão do funcionamento e a competência de cada serviço. Dessa forma, nota-se que há necessidade de processos educativos dentro dos serviços de saúde com o intuito de qualificar os atendimentos de acordo com a necessidade da população atendida.

Uma ferramenta interessante para construção desse processo educacional no trabalho é a Educação Permanente em Saúde, a qual pode ser considerada uma ferramenta para a aprendizagem realizada no trabalho. Nessa compreensão, os serviços devem servir como espaços de sociabilidade, com momentos de educação permanente conectados aos processos de trabalho, em que a produção de saúde seja compreendida como produção de subjetividade (NORA *et.al.*, 2013). Assim, há uma melhoria nos atendimentos e na condução de situações que ocorrem no dia-a-dia dos profissionais garantindo que o usuário seja atendido em suas demandas e encaminhamentos, caso necessário.

2.3 Auriculoterapia

A auriculoterapia é uma terapia milenar que surgiu na China que se configura com estimulação dos pontos com esferas, sementes ou agulhas, no pavilhão auricular, onde possui vários pontos que correspondem a áreas do corpo humano. Nesses pontos há reflexos do Sistema Nervoso Central, que uma vez estimulado apresenta melhora de quadros patológicos, pois há liberações de substâncias que irão atuar sobre a patologia ou distúrbio encontrado (MOURA, 2015).

Sendo assim, algumas técnicas são de baixo custo e bem propícias a realizar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas se encontra a auriculoterapia uma técnica que se destaca por causa de sua abrangência de enfermidades que podem ser tratadas. O tratamento com auriculoterapia se dá através de pontos situados no pavilhão auricular que correspondem a diversas áreas do corpo, podendo tratar e controlar enfermidades por meio de estímulos nessa região, pois há uma interação entre os pontos auriculares e o corpo, ocorrendo uma transmissão de estímulos nervosos que conduz ao tálamo, cerebelo, encéfalo, e demais núcleos cerebrais. Assim, desencadeia atividade bioquímica de determinada área do corpo, proporcionando um equilíbrio energético (SOUZA, 2012).

Considerando todo esse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) cresceu e evoluiu em normativas e serviços públicos de saúde. Passou então a instituir Práticas Integrativas e Complementares por via de normativas para assim implantar nesses serviços. Sendo assim, compreende-se por Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) as atividades que estão incluídas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC/MS) que são realizadas nos serviços de saúde que envolvem diversos profissionais de maneira interdisciplinar, que são Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia e a Medicina Antroposófica, os Recursos Terapêuticos como a Fitoterapia, as Práticas corporais e meditativas, e o Termalismo-Crenoterapia, onde são descritas e demais que possam ser acrescentadas na PNPIC/MS que foi aprovada pela Portaria Nº 971 do MS em maio de 2006 (BRASIL, 2006).

A Portaria Nº 971 do MS de 2006 que institui a PNPIC, aponta algumas PICs a serem inseridas no SUS, e a composição de terapias foi complementada com o intuito de atuar com a iniciativa da OMS de fortalecer a inserção, reconhecimento e regulamentação das PICs, das ferramentas por elas utilizadas e seus praticantes dentro dos sistemas de saúde, reforçando a abordagem de cuidado e recursos

terapêuticos e sua importância para a saúde global. Para isso houve uma atualização baseada no documento “Estratégias da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023”. Passou então a introduzir terapia comunitária integrativa (TCI), shantala, reiki, reflexoterapia, quiropraxia, osteopatia, naturopatia, musicoterapia, meditação, dança circular, biodança, ayurv eda, yoga e arteterapia (BRASIL, 2017). Assim, a Portaria Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017, atende os parâmetros da OMS e almeja evoluir na institucionalização das PICs no SUS.

As PICs incluídas nessas portarias visam estender o cuidado, proporcionando escuta acolhedora, vinculo terapêutico, segurança e integração e interação com o meio em que ele está inserido (BARROS *et.al.,* 2020).

As práticas integrativas são técnicas da medicina tradicional e complementar que visa trabalhar novas formas de trabalhar em saúde, proporcionando um olhar ampliado diante da situação de saúde dos pacientes e suas necessidades. Compreendendo a possibilidade de novas formas de tratamento, com custos menores, que exijam menos recursos financeiros que os gastos com medicamentos, a auriculoterapia contrapõe esses conceitos e ainda conduz a uma visão diferenciadas das propostas de mercado (TELESI JUNIOR, 2016).

Com isso, na atualidade o intuito é complementar e modificar, em alguns casos, tratamentos tradicionais médicos e medicamentosos, por alternativas que causam menos danos e valorizam o usuário em sua totalidade e condições de saúde, visando novas formas de cuidado, promovendo saúde e melhorando a qualidade de vida (SILVA, 2014).

Considerando as pontuações anteriores, as PICS são importantes, pois atende os usuários de maneira singular, fornecendo um atendimento integral que visa possibilidades de tratamentos menos invasivos, aos usuários de substâncias psicoativas, possibilitando melhoria do quadro do clínico relacionado ao vício e suas consequências na sociedade, considerando suas necessidades, avaliando suas vivências e o contexto que está inserido.

Diante disso, apresenta outras possibilidades de atuação dos profissionais, complementando o tratamento dos usuários embasando na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), assim torna-se uma ferramenta de grande potencial para estabilização do quadro e possibilita estratégias menos agressivas aos usuários e a melhoria de qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2006).

As PICs são terapias que se pautam em teorias que se fundamentam em pontos ambientais e comportamentais característicos do processo saúde-doença, fortalece a concepção de técnicas menos invasivas, apontando novos desafios na rede de atenção à saúde (HABIMORAD, 2020). Pois demandam quebra de paradigmas e modelo biomédico, proporcionando o firmamento de novas abordagens na saúde e estruturando a visão biopsicossocial.

De acordo com a PNPIC, introduzir as PICs no contexto de saúde pública é atuar na integralidade do sujeito e suas demandas. Dessa forma, sua missão é expandir para diversos setores de saúde e para isso necessita de conhecimento, informação e engajamento tanto dos gestores como dos profissionais de saúde para fornecer apoio às práticas integrativas já existentes, estimulando técnicas menos invasivas para a prevenção de doenças, promoção de saúde e recuperação. Com isso, é possível perceber que há um crescimento no uso das PICs nos serviços de saúde, fortalecendo a área, modificando espaços, quebrando os paradigmas e reformulando o cuidado seja ele na Atenção Básica ou na Especializada (BRASIL, 2006).

A auriculoterapia é uma alternativa menos invasiva que auxilia no tratamento de algumas comorbidades e nela existem alguns protocolos para aplicação e tratamento de determinadas condições de saúde. Em pessoas que desejam tratar a dependência química existe o protocolo de aplicado foi N.A.D.A. (National Acupuncture Detoxification Assocation) que conta com os seguintes pontos: Pulmão 2 - problemas pulmonares relacionados à dependência, Shen Men - stress, ansiedade, sensibilidade excessiva, Ponto Autonômico - equilibra sistemas nervosos simpático e parassimpático, circulação sanguínea, Fígado - hepatite, cirrose, Rim - distúrbios renais, problemas de micção (CAMARGOS et.al., 2017). Sendo assim, esse protocolo auxilia na condução e recuperação do abuso de substâncias psicoativas, colaborando com a desintoxicação, assim como os equilibrando os sinais e sintomas emocionais, físicos e psicológicos presentes na dependência química.

Quando se trata de auriculoterapia em serviços de saúde mental, faz-se necessário a formulação de dispositivos diferenciados, para inserção no PTS de maneira leve que proporcione também a construção de vínculo e orientação para que o usuário conheça, permitindo a aplicação e aprimorando o tratamento.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse trabalho é uma pesquisa de natureza qualitativa, com objetivo de realizar um relato de experiência/pesquisa participante sobre o uso da auriculoterapia em usuários de substâncias psicoativas admitidos no Acolhimento Integral do CAPS AD III de Palmas Tocantins. A pesquisa qualitativa é uma vertente que proporciona a estruturação de uma realidade, tendo cuidado com as questões sociais e que não podem ser quantificadas, pois avalia contextos subjetivos, tais como, crenças, valores, significados e outros aspectos individuais que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, como pontua (GODOY,1995).

O relato de experiência/pesquisa participante é caracterizada como uma pesquisa que expõe a análise, como um paralelo à modificação dos contextos em que ela ocorre firmada pela relação entre pesquisador e os envolvidos nas situações a serem investigadas, assim elas envolvem essa população nesse processo e dentro da realidade desse cenário e com isso servem para maior benefício comunitário (GIL, 2002).

Esta pesquisa é um relato de experiência/pesquisa participante de uma residente da categoria de psicologia do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental do município de Palmas/TO, atuando no CAPS AD III de Palmas Tocantins, no período de novembro de 2020 a julho de 2021.

A construção dessa pesquisa foi baseada nas informações do diário de campo, que possui registros do trabalho realizado no cotidiano do acolhimento integral no CAPS AD III de Palmas Tocantins, contendo explanação sobre o trabalho realizado pela equipe multiprofissional neste local. No diário de campo descreve o processo de aplicação de práticas integrativas na saúde mental nos usuários admitidos no acolhimento integral do CAPS AD III, a prática utilizada nesse estudo foi a auriculoterapia. Os usuários participantes são os que foram admitidos no acolhimento integral do CAPS AD III, onde permanecem até 14 dias. A aplicação da auriculoterapia ocorreu em usuários que desejavam o procedimento e a aplicação foi baseada no protocolo N.A.D.A. (National Acupuncture Detoxification Assocation) substituindo as agulhas por sementes de mostarda.

Em um primeiro momento para realizar a sessão de auriculoterapia o usuário precisa ser admitido no acolhimento integral do CAPS AD III no período de Abril a Julho 2021. O segundo passo é desejar a aplicação de auriculoterapia como apoio ao

tratamento medicamentoso (quando necessário) para desintoxicação. No terceiro passo é participar do 1º atendimento individual/ escuta qualificada sobre suas queixas biopsicossociais, um espaço de acolhimento, esclarecimento de dúvidas e orientações gerais, além da aplicação de sementes no pavilhão auricular. O quarto passo é a realização o monitoramento após a aplicação a cada 2 dias para acompanhamento e compreensão do processo. E o quinto e último passo é a troca das sementes em 7 dias ou quando caíam antes do prazo. Nesse período todas as etapas foram registradas no diário de campo e preenchimento de um roteiro de observação que consta a evolução desde a primeira aplicação, suas queixas e demandas anteriores e atuais.

O diário de campo foi desenvolvido por uma residente em saúde mental que está inclusa nas práticas de trabalho da equipe multiprofissional e nas relações entre profissionais e usuários. O relato analisado incluiu todos os percursos tomados, os atendimentos, as orientações fornecidas aos usuários, suas impressões pessoais e profissionais, além de seus reflexos diante dessa atuação. O diário de campo com método reflexivo, onde o pesquisador passa por observador nas situações em que está inserido (BOGDAN; BIKLEN, 1994), pontuando as reflexões do processo de trabalho dentro do acolhimento integral com relação à atuação multiprofissional no período de Novembro 2020 a Julho de 2021, mas a pesquisa foi realizada no período de Abril a Julho 2021.

O diário de campo é uma ferramenta que possibilita o pesquisador registrar de forma detalhada as situações do determinado ambiente que ele está inserido, descrevendo lugares, imagens, pessoas, ações observadas e de maneira reflexiva pontua suas impressões, sensações, sentimentos, indagações e preocupações, diante do conhecimento adquirido anteriormente (AFONSO, 2015).

Diante da experiência vivenciada no CAPS AD III, cada etapa dessa vivência no cenário de prática como profissional residente, ocorreu durante a pandemia da COVID-19, onde a prática de todas as atividades eram desenvolvidas em caráter individual, para prevenção de contágio pela doença. Vale lembrar que nesse período houve uma diminuição de usuários admitidos no Acolhimento Integral e menos usuários no acolhimento diurno (cumprimento do PTS) e todas as partes desse processo foram realizadas com higienização das mãos, uso de máscaras e protetor facial tanto para a profissional e para o usuário.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a pandemia reduziu-se a quantidade de usuários nos serviços de saúde mental, por medo de contaminação pela COVID-19. Logo, os grupos, oficinas, atividades coletivas em geral, foram suspensas por um período e, com isso, os usuários não estavam frequentando o CAPS AD III como antes, somente apareciam para demandas médicas e medicamentosas. Portanto, houve uma quebra da vinculação entre profissionais, usuários e família. Além disso, os atendimentos com os profissionais foram reduzidos, causando uma falha no monitoramento e acompanhamento dos usuários do serviço.

Ao todo, no período de Abril a Julho de 2021, recorte da pesquisa, foram atendidos no acolhimento integral 10 usuários que desejavam a aplicação de auriculoterapia. Nesse período, suas queixas eram similares, pois estavam ali pelo motivo central que era o uso de substâncias psicoativas e a dependência da mesma. Muitos apresentavam vínculos familiares fragilizados e outros vínculos inexistentes, o que influenciou no período de acompanhamento no acolhimento integral do CAPS AD III.

As queixas apresentadas pelos usuários se configuravam em estresse, ansiedade, depressão e doenças relacionadas ao uso das substâncias psicoativas, tais como: doenças pulmonares, cardiovasculares e alterações no fígado, podendo ter como causa principal ou não uso das substâncias.

Entre esses 10 usuários, 6 concluíram o passo a passo dos atendimentos e possuíram respostas significativas no quadro de dependência. De acordo com os usuários atendidos, observaram melhoras nos seguintes pontos: ansiedade, estresse e comportamentos agressivos reduzidos, melhoria na qualidade do sono, apetite, vínculo com o profissional foi fortalecido no período que estiveram no Acolhimento Integral e se estendeu até a o a saída do profissional (residente em saúde mental).

Os quatro outros participantes fizeram somente uma aplicação e não deram continuidade por diversos fatores, sendo eles: alta administrativa (descumprimentos de normas do CAPS AD III), alta médica e não comparecimento nos atendimentos.

Com a aplicação da auriculoterapia, encontrou-se uma possibilidade de fortalecimento do vínculo, pois durante o período de acolhimento integral era possível construir momentos de escuta qualificada, troca de saberes e compartilhamento de experiências entre profissionais e usuários, possibilitando construção de uma relação

de confiança. Esta relação auxilia o usuário no desenvolvimento de habilidades para comparecer mais ao serviço, pôr em prática algumas orientações colocadas pelo profissional que o acompanha dentro do serviço ou pelo profissional que lhe atendeu inicialmente, pois há a formação/fortalecimento de vínculo, usuário acredita no seu profissionalismo, melhorando assim consequentemente sua situação de saúde como um todo.

Outro ponto que vale debater e relatar envolve a melhoria do quadro de abstinência e auxilio no processo de desintoxicação com o uso da auriculoterapia. Neste sentido, percebeu-se, através de observação profissional, que houve uma melhoria em processos ansiosos, estressantes, “comportamentais”, equilibrando as emoções, sono, apetite e outros sinais e sintomas fisiológicos. De uma forma geral houveram ganhos com relação a saúde e compreensão das reações sentidas pelo corpo, tanto com o uso e principalmente com a desintoxicação. Vale salientar que nem todos os casos tiveram a mesma resposta e nem todos foram bem sucedidos.

No mesmo sentido, apresentou-se uma melhoria no fortalecimento do PTS, edificando o cuidado do usuário, pois aderiram melhor ao tratamento com dedicação e responsabilidade na maior parte do período que se encontravam no Acolhimento Integral, favorecendo a continuidade depois da saída e retorno ao contato social e familiar, possibilitando maior compromisso e assiduidade nas atividades propostas. Sendo assim, incluiu-se no cronograma de atividades fornecidas no CAPS AD III a auriculoterapia, que não era fornecida anteriormente e passou a compor esse quadro pelo período de passagem da profissional residente no cenário de prática. Com esta prática, ampliam-se as opções de atividades, conversas terapêuticas, melhoria de quadros de saúde e processo de discussão de casos para garantir a integralidade do atendimento.

Por fim, outro resultado encontrado foi a formação de espaços de Educação em Saúde, que não foram programados, mas aconteceram naturalmente, Nesse momento de atendimento individual ocorriam orientações relacionadas às queixas individuais, fortalecendo a autonomia e o empoderamento, contribuindo para a manutenção da saúde, redução de danos, mecanismos de proteção, relações familiares, entre outros.

5 CONCLUSÃO

Após este relato e análise da experiencia do profissional residente no CAPS Ad III, conclui-se que a intervenção com a auriculoterapia não contribuiu somente para os usuários, pois os profissionais também evoluíram em sua atuação dentro do CAPS AD III, contribuindo e compartilhando os casos e trazendo reflexões acerca do tema, permitindo uma ampliação do olhar para cuidado ao usuário. Ou seja, os profissionais de saúde saíram da perspectiva da doença, sendo observada uma abertura para novos horizontes na atuação como profissional do CAPS AD III, construindo novas formas de fazer saúde, ampliando a compreensão acerca do processo de dependência química para encontrar diferentes formas de auxiliar no tratamento dos usuários, saindo da zona de conforto para alçar novos caminhos.

Dessa forma, a aplicação da auriculoterapia em usuários com demandas de saúde mental e que são admitidos no CAPS AD III, possibilitou uma experiência única, que foi para além dos atendimentos individuais pontuais, proporcionou momentos de fortalecimento de vínculo, escuta, orientações, enriquecimento, crescimento profissional, processos de Educação Permanente, Educação em Saúde, preservação da autonomia e até crescimento pessoal. Visando essa atuação, nota-se que a proposta alcançou além da idealização da profissional residente, mas ainda são necessários mais profissionais capacitados para execução e inclusão dessa prática integrativa de maneira permanente nos cronogramas e grupos fornecidos pelo CAPS AD III. Para além deste serviço, por que não, expansão para os demais CAPSs, fornecendo não somente a auriculoterapia e sim as demais práticas integrativas pré-estabelecidas pela PNPIC. Com tal expansão, pode-se contribuir com a integralidade do cuidado dos usuários, possibilitando práticas menos invasivas que auxiliam no tratamento e melhoram a qualidade de vida das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

Por fim, conclui-se que auriculoterapia é uma ferramenta importante para os profissionais e usuários, pois colabora de maneira positiva na desintoxicação do usuário de substâncias psicoativas, equilibra os quadros de ansiedade, estresse, humor depressivo, melhora apetite e sono, além de ser uma ponte entre usuários e profissionais, fortalecendo o vínculo, melhorando adesão ao PTS e o acesso aos usuários, fundamentado na integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Tatiana et al .O uso do Diário de Campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 27, n. 1, p. 131-141, Apr. 2015 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000100131&lng=en&nrm=iso. access on 05 Dec. 2020.

AMARANTE P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

BARROS, Leylaine Christina Nunes de et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. **Escola Anna Nery** [online]. 2020, v. 24, n. 2 [Acessado 8 Janeiro 2022] , e20190081. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081. Epub 17 Jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília/DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm.

_____. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Brasília: MS; 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

_____ Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**. Brasília: MS; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

_____ Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017**. Brasília: MS; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017 /prt0849_28_03_2017.html

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto – Portugal. Porto Editora, 1994. file:///C:/Users/sergi/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/a2ebe83b-feb9-4a9d-a297-8f353386b370/Bogdan_Biklen_investigacao_qualitativa_e.pdf

BRUSAMARELLO, Tatiana. **Análise de conceitos em saúde mental: s**ubsídios para o cuidado. Tese (doutorado)- Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Ano 2017. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/53167. Acesso 25 de Nov. de 2020.

CARVALHO, Laura Graças Padilha de, e*t.al*. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):521-525. 12 de Maio de 2012. Disponível em: https://idoc.pub/documents/idocpub-pnxkqexrr14v

CAMARGOS, G.L.; CORREA, A.A.M. O Tratamento da Dependência Química e a Auriculoterapia. **Revista Medicina Chinesa**, Brasil, v.4, n.11, 2017.

FLEURY, Maria Tereza Leme; DA COSTA WERLANG, Sergio Ribeiro. Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens. **Anuário de Pesquisa GVPesquisa**, 2017. Disponível em:http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/view/72796. Acesso 02 de Dez. de 2020.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. In: **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, abril 1995. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf. Acesso 02 de Dez. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

GONCALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 2, p. 48-55, Apr. 2001 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso. access on 18 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200007.

GUIMARAES, Andréa Noeremberg *et al* . Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 361-369, June 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012&lng=en&nrm=iso. access on 18 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti *et al* . Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 395-405, Feb. 2020 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200395&lng=en&nrm=iso. access on 18 Jan. 2021. Epub Feb 03, 2020. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018

MORAES, Maristela. Integral healthcaremodel for treatingproblemscausedbyalcoholandotherdrugs: perceptionsofusers, theircompanionsandpractitioners. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 121-133, fev. 2008 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=pt&nrm=iso. acessos em 17 maio 2021. https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100017.

MORAIS, Camila Aquino *et al*. Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 3, p. 369-379, Dec. 2012 . Availablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300004&lng=en&nrm=iso . accesson 28 May 2020. https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300004.

NORA, CarliseRigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=pt&nrm=iso. acesso em 02 janeiro 2022. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO) – 1946. Available from: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Saúde mental: estado de bem-estar**. [Internet]. 2014 Ago. Disponível a partir de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/[Links].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental: fortalecendo nossa resposta**. Ficha técnica 220; 2014 Dez. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/. [Links]

SANTOS, Francéli Francki dos. **Caminhos para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas:** analisando a convergência de políticas de Atenção Básica e Saúde Mental no cotidiano das equipes de Saúde da Família / Francéli Francki dos Santos ; orientador Alcindo Antônio Ferla. Trabalho de Conclusão de Curso. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – 2015. 108 f. : il.

SEIBEL, Sérgio Dario; TOSCANO JR., Alfredo. Dependência de drogas. São Paulo: **Atheneu,** 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26373287_Dependencia_de_drogas. Acesso 20 Nov. 2020.

SILVA, Roberta de Paiva *et al* . Contribuições da auriculoterapia na cessação do tabagismo: estudo piloto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 5, p. 883-890, out. 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500883&lng=pt&nrm=iso. acessos em 14 jan. 2021. https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000015.

SILVEIRA, M. dos S. da, & Sousa, N. C. V. de. (2020). Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a Saúde Mental: discussões à luz do conceito de desenvolvimento sustentável em contextos amazônicos. *Monções: Revista De Relações Internacionais Da UFGD*, *9*(18), 124–154. https://doi.org/10.30612/rmufgd.v9i18.12143

SOUZA, Marcelo Pereira. Tratado de Auriculoterapia. Brasília: LooK; 2012. Disponível em: 5568-22091-1-PB (2).pdf.

TELESI JUNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo , v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso . access on 25 Nov. 2020. https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007

Research, Society and Development, v. 10, n. 4, eXX, 2021
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.XXXXX

Atendimento em saúde mental online no contexto da pandemia COVID 19: Atuação como técnico de referência em saúde mental, relato de experiência.

Online mental health care in the context of the COVID 19 pandemic: Acting as a reference technician in mental health, experience report.

Atención de salud mental en línea en el contexto de la pandemia de COVID 19: Actuar como técnico de referencia en salud mental, relato de experiencia.

Recebido: 00/01/2021 | Revisado: 00/01/2021 | Aceito: 00/01/2021 | Publicado: 00/01/2021

Diego da Silva Trovão
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2033-5524
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas Tocantins, Brasil
E-mail: diego.trv@hotmail.com
Lauana Paula Barbacena Garcia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8676-8728
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas Tocantins, Brasil
E-mail: lauanagarcia29@gmail.com
Leny Meire Correa Molinari Carrasco
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1143-8975
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas Tocantins, Brasil
E-mail: lenycarrasco@gmail.com

Resumo
Diante da pandemia do novo coronavírus que tem especificidades que sob a ótica da saúde mental causam prejuízos à saúde de indivíduos e coletivos, em que a vigilância epidemiológica sugere um quadro de isolamento social como principal medida de prevenção de contágio. Foi criado um projeto de atendimento online em saúde mental no município de Palmas, Tocantins. Desta forma trata-se de um estudo de observação participante que tem o objetivo de realizar um relato de experiência sobre as vivências de dois residentes um enfermeiro e uma psicóloga, como técnicos de referência no projeto de atendimento online em saúde mental diante do contexto da pandemia da COVID - 19, no período de abril a outubro de 2020. Os dois residentes tiveram a função de realizar o acolhimento dos pacientes via chamada de vídeo, fazer escuta breve e realizar os encaminhamentos necessários e individualizados de acordo com a necessidade de cada paciente para os pontos da rede, ou seja, o manejo da rede, de acordo com o fluxograma de saúde mental estabelecido no município de Palmas, Tocantins. A atuação como técnicos de referência de forma online foi desafiadora por ser um modelo diferente de atendimento, mas trouxe ganhos para a população do município que não ficou desassistida e para a formação dos residentes em saúde mental.
Palavras-chave: Covid-19; atendimento online; enfermagem; psicologia.

Abstract
Faced with the pandemic of the new coronavirus, which has specificities that, from the perspective of mental health, cause damage to the health of individuals and groups, in which epidemiological surveillance suggests a framework of social isolation as the main measure to prevent contagion. An online mental health care project was created in the municipality of Palmas, Tocantins. In this way, it is a participant observation study that aims to carry out an experience report on the experiences of two residents, a nurse and a psychologist, as reference technicians in the online mental health care project in the context of the pandemic. of COVID - 19, from April to October 2020. The two residents were responsible for welcoming patients via video call, briefly listening and carrying out the necessary and individualized referrals according to the need of each patient to the points of the network, that is, the management of the network, according to the mental health flowchart established in the municipality of Palmas, Tocantins. Acting as reference technicians online was challenging because it was a different model of care, but it brought gains to the population of the municipality that was not left unattended and to the training of residents in mental health.
Keywords: Covid-19; online service; nursing; psychology.

Resumen
Ante la pandemia del nuevo coronavirus, que tiene especificidades que, desde la perspectiva de la salud mental, provocan daños en la salud de personas y colectivos, en la que la vigilancia epidemiológica sugiere un marco de aislamiento social como principal medida para prevenir el contagio. Se creó un proyecto de atención en salud mental en línea en el municipio de Palmas, Tocantins. De esta forma, se trata de un estudio de observación participante que tiene como objetivo realizar un relato de experiencia sobre las vivencias de dos residentes, una enfermera y una psicóloga, como técnicos de referencia en el proyecto de atención en línea a la salud mental en el contexto de la pandemia de COVID - 19, de abril a octubre de 2020. Los dos residentes eran los encargados de recibir a los pacientes mediante videollamada, escuchar brevemente y realizar las derivaciones necesarias e individualizadas según la necesidad de cada paciente a los puntos de la red, es decir, la gestión de la red, según el organigrama de salud mental establecido en el municipio de Palmas, Tocantins. Actuar como técnicos de referencia en línea fue un desafío porque era un modelo de atención diferente, pero trajo ganancias a la población del municipio que no quedó desatendida y a la formación de residentes en salud mental.
Palabras clave: Covid-19; servicio en línea; enfermería; psicología.

1. Introdução

A pandemia do novo coronavírus tem especificidades que sob a ótica da saúde mental causam prejuízos à saúde de indivíduos e coletivos. Sendo que a vigilância epidemiológica sugere um quadro de isolamento social como principal medida de prevenção de contágio, fato que traz agravamento de condições psiquiátricas já existentes e desenvolvimento de novas (Silva, Santos & Oliveira., 2020).

Os efeitos da pandemia vêm atingindo direta e indiretamente a saúde mental das pessoas nos diversos sentidos. Diante dessas incertezas proporcionadas pela pandemia como o medo da morte, desconhecimento da data do fim da pandemia, tempo para surgimento de vacina, instabilidade econômica, instabilidade política, junto com a adoção de medidas que causam rupturas importantes nas relações sociais que alteram significativamente o modo de viver dos indivíduos, é possível prever um risco aumentado para emergências psicológicas (Silva et al., 2020).

Diante desse novo cenário vivenciado por todos, onde é preconizado o distanciamento e o isolamento social, se fez necessárias adequações nos cuidados em saúde mental. O atendimento online foi um meio de comunicação que se fez eficaz para iniciar ou dar continuidade em atendimentos voltados para saúde mental, corroborando para os cuidados emocionais e psicológicos (Fundação Osvaldo Cruz [FIOCRUZ], 2020).

A vivência da pandemia trouxe vários prejuízos para as pessoas, onde influenciou mudanças no lazer, no convívio familiar, e até mesmo nas atividades laborais, ocasionando uma mudança drástica no dia a dia do ser humano. Situações onde uma população mundial é atingida, estima-se que ocorra um impacto psicossocial, frente às incertezas que é vivenciar uma pandemia. Diante de tais informações, avalia-se que uma boa porcentagem da população mundial poderá sofrer alguma manifestação psicopatológica, diante do grau de vulnerabilidade que é vivenciar uma pandemia (Faro et al., 2020).

Durante a realização do atendimento remoto, o profissional precisou estar atento às mudanças de informações que aconteceram para assim, conseguir planejar o cuidado que seria ofertado ao paciente que fosse buscar esse tipo de atendimento. Coube a esse profissional também, aprender a realizar as orientações de fluxo de atendimento, compreender a manutenção do sigilo profissional, a privacidade do paciente e também, cuidar para evitar um possível interrompimento do atendimento, por questões comuns inerentes ao atendimento por via de vídeo chamado. Desse modo, estar preparado para, de forma colaborativa com o paciente, elencar a melhor forma de ajustes a partir das possíveis sugestões realizadas pelo mesmo durante o atendimento.

O profissional que atua como técnico de referência é o que faz a articulação e a construção do projeto terapêutico do usuário, responsável pelo desenvolvimento do vínculo, contato com a família, o cuidado contínuo, na inclusão de atividades de suporte social desse paciente. O técnico de referência também, ficou responsável em fazer os encaminhamentos respeitando a singularidade do paciente e posterior avaliação das metas deste plano terapêutico, esse processo será feito em conjunto com o usuário (Bontempo & Rodrigues, 2015).

Porém, com as limitações que o atendimento a distância implica, na configuração do projeto de atendimento online em saúde mental, os técnicos de referência se encarregaram de fazer o acolhimento inicial, encaminhamentos, se necessário, e o manejo da rede de atenção psicossocial conforme fluxo estabelecido no município.

Em meio a esse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Tocantins disponibilizou atendimento eletivo em saúde mental de forma online, com o objetivo de ofertar suporte e atendimento online em forma de acolhimento, orientação e psicoterapia breve focal (Hegenberg, 2010).

Inicialmente, os atendimentos foram ofertados aos profissionais de saúde da Secretaria Municipal da Saúde que estavam na linha de frente do enfrentamento da pandemia mundial da COVID-19, posteriormente, os atendimentos foram estendidos aos pacientes com o diagnóstico da COVID-19, aos familiares e em outro momento foi disponibilizado a toda população do município da cidade de Palmas - TO.

Desta forma o presente estudo tem o objetivo de realizar um relato de experiência sobre as vivências como técnicos de referência no projeto de atendimento online em saúde mental diante do contexto da pandemia da COVID - 19, onde os dois escritores atuaram com as seguintes categorias profissionais que exercem: Psicologia e Enfermagem.

2. Metodologia

2.1 Desenhos do estudo

Trata-se de um estudo de observação participante, onde de acordo com Thiollent (1985 como citado em Gil 2002) caracteriza-se pela relação entre pesquisador e grupo pesquisado, onde o pesquisador venha a partilhar de papéis e hábitos do grupo, estando dessa forma em condição favorável para observar e investigar.

Trata-se ainda de um relato de experiência das vivências obtidas como técnicos de referência em saúde mental de dois residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, um enfermeiro e uma psicóloga, no período de abril a outubro de 2020, inseridos no projeto de atendimento em saúde mental online no município de Palmas - Tocantins.

Projeto este, onde os residentes, atuando como técnico de referência em saúde mental, tinham o encargo de realizar acolhimentos e o manejo da rede de atenção psicossocial conforme fluxo estabelecido no município. As modalidades envolvidas no projeto para atendimentos ofertados eram: psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional e profissional de educação física

Esse projeto foi elaborado e supervisionado pela psicóloga e técnica de referência em saúde mental, Leny Meire Correa Molinari Carrasco, sendo também preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Todo o projeto era composto de uma equipe multiprofissional, sendo de uma coordenadora e psicóloga, vinte e um psicólogos, sendo que 10 destes são Residentes da categoria da psicologia dos programas de saúde Coletiva e saúde da Família e comunidade, duas psiquiatras, sete Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e dois Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Os residentes de saúde mental e saúde coletiva atuavam como técnicos de

referência em saúde mental. Entre eles as categorias se dividiram em: psicólogos, enfermeiros, profissional de educação física, assistente social e farmacêutico.

2.2 Procedimentos

Os dois residentes tinham sua jornada de trabalho dividida em turnos, um iniciava às 07h00minhrs da manhã até às 13h00minhrs, e o outro iniciava às 13h00minhrs indo até as 19h00minhrs, entre segunda-feira e sexta-feira. A rotina de atendimento ocorria da seguinte forma: todos os arquivos eram disponibilizados de forma online através da ferramenta do Google drive, onde os profissionais acessavam o mesmo de forma remota.

Ao iniciar os plantões de atendimentos, os técnicos de referência já tinham a ficha dos pacientes nomeada a eles, essa mesma ficha que estava dentro de uma pasta classificada como: "analisar" com a data do dia, era movido à sua pasta pessoal e posteriormente, iniciava-se a busca ativa. Essa era realizada da seguinte forma: salvava-se o número do paciente no aparelho celular, e através da ferramenta de comunicação WhatsApp, era enviada uma mensagem padrão ao paciente, onde tinha-se o tempo de 15min de espera para que o mesmo pudesse responder o aceite do atendimento.

Com o aceite do paciente, iniciavam-se os atendimentos via chamada de vídeo, e todo o processo era seguido através de uma ficha de acolhimento e no final dos atendimentos, era enviada uma mensagem padrão de avaliação do atendimento ofertado. Para os pacientes que recusavam o atendimento, ou não respondiam no prazo do protocolo, era também enviada uma mensagem padrão. Para todas as mensagens seguia-se o protocolo padrão de captura da tela e anexada junto a pasta do paciente, este procedimento era necessário para garantir tanto ao paciente quanto ao profissional que o atendia que as atividades de busca e contato haviam sido realizadas. Este manejo garante a veracidade de legitimidade do processo, para evitar eventuais problemas com relação aos órgãos reguladores e ouvidoria.

3. Resultados e Discussão

3.1 Descrição da experiência por categoria profissional

3.1.1 Psicologia

Diante do cenário inicial da COVID-19, ocorreu que as reações mais frequentes na população se davam pelo medo de morrer, o medo de perder os entes queridos ou até mesmo transmitir o vírus para outras pessoas, questões do âmbito socioeconômico também eram muito citadas, as incertezas de como tudo isso iria e se iria finalizar, gerou diversas sensações nas pessoas, tais como impotência, irritabilidade, angústia, comportamentos ansiosos e tristeza se tornaram comuns nos relatos dos pacientes

Os atendimentos da categoria profissional de psicologia foram iniciados no mês de abril, bem como os demais atendimentos do projeto. Enquanto participei do projeto não fiz atendimentos específicos como psicóloga, somente com a função de Técnica de Referência.

Mediante aos procedimentos já descritos, iniciava os atendimentos como Técnica de Referência, mas é fato que a escuta qualificada que desenvolvemos como profissional da psicologia, me ajudou a ter um olhar mais amplo para as demandas que chegavam em atendimento.

Mesmo não realizando os atendimentos da psicologia, em alguns desses pude intervir e contribuir para uma escuta em saúde mental de forma mais humanizada, qualificada e assim, fazer os encaminhamentos necessários para os serviços disponíveis no projeto.

Participar do projeto foi um grande desafio e uma grande qualificação para minha carreira profissional e para minha vida pessoal. No início do projeto, os atendimentos online eram desafiadores, uma vez que você precisava estar atento às informações trazidas pelo paciente e manter atenção concentrada para preencher a ficha de atendimento, compreender aquele momento como uma oferta de um atendimento para as necessidades atuais, e saber realizar o manejo em algo que era novo para todos.

A experiência que adquiri no projeto e em toda trajetória dentro desse ciclo de 24 meses que se findará em fevereiro de 2022, como residente em saúde mental, pude fazer relações com minha formação, não somente como psicóloga, mas como futura especialista em saúde mental, intervir na saúde mental, enquanto profissional que atuei no Centro de Atenção Psicossocial II/CAPS II, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas/CAPS AD III, no Projeto de Atendimento Online às vítimas da Covid-19 e finalizando no Núcleo Ampliado de Saúde da Família-Atenção Básica/ NASF-AB e Consultório na Rua.

E, adentrar os serviços de saúde mental no município me proporcionou condições de refletir na minha prática profissional, e tocou minha condição humana, pois além de ampliar meu saber relacionado a temática conhecendo e aprofundando sobre atendimentos a uma população em geral recorrente a uma pandemia, estudar e buscar informações para modos de enfrentamento de crises e desastres inesperados, diante de um vírus que a todo instante se instalava cada vez mais rápido nas pessoas, transtornos e uso de substâncias psicoativas, pude perceber que o sujeito não se resume somente a isso, que devo enxergá-lo e tentar intervir na sua totalidade enquanto indivíduo, enquanto ser com múltiplas necessidades que perpassam o universo psíquico, mas que se aprofunda no biológico e no social de cada usuário.

3.1.2 Enfermagem

Inicialmente foi um enorme desafio fazer parte do projeto de atendimento em saúde mental online, tendo em vista que é uma modalidade de atendimento nova, que implica adaptação a atender uma paciente sem estar fisicamente presente, ter contato apenas por chamada de vídeo, o que nunca tinha experienciado. Mas diante do cenário de pandemia, com restrições de isolamento e distanciamento, foi a forma encontrada para continuar ofertando atendimento em saúde mental à população nesse momento tão importante em que as necessidades de saúde mental se afloraram ainda mais.

É importante salientar que a proposta que a residência em saúde mental tem para a categoria de enfermagem não é de se restringir-se a realizar procedimentos comuns a enfermagem, como a realização da sistematização de enfermagem, curativos, administração de medicações e etc., mas ir além, também realizar atividades como técnico de referência em saúde mental. Dessa forma se aprofundar em conhecimentos da saúde mental relacionados aos conhecimentos de enfermagem. Portanto a atuação da enfermagem no projeto de atendimento em saúde mental online seguiu esse viés de atuação, exercendo a função de técnico de referência em saúde mental.

O técnico em saúde mental tinha a função de realizar o acolhimento dos pacientes via chamada de vídeo, fazer escuta breve e realizar os encaminhamentos necessários e individualizados de acordo com a necessidade de cada paciente para os pontos da rede, ou seja, o manejo da rede, de acordo com o fluxograma de saúde mental estabelecido no município de Palmas, Tocantins.

A atuação do enfermeiro como técnico em saúde mental foi vantajosa, onde pude aprimorar técnicas de acolhimento que também poderão ser utilizadas na modalidade de atendimento convencional. Tendo em vista que eram realizados cerca de 10 atendimentos diários por cada técnico, esse montante de atendimentos combinado com estudos relacionados à prática, com o passar dos dias foi melhorando cada vez a qualidade do acolhimento ofertado.

Também foi possível exercitar e melhorar o manejo da rede, compreender nas mais diversas situações e especificidades, qual conduta tomar para que profissional ou serviço fazer o encaminhamento. Durante os atendimentos, várias vezes necessitou-se entrar em contato com outros pontos da rede como os Centros de Saúde da Comunidade, fato que foi benéfico para a melhora da capacidade de articulação em rede.

Não somente como técnico de referência, mas especificamente como enfermeiro, por vezes durante os acolhimentos após minha apresentação como enfermeiro, alguns pacientes tinham dúvidas relacionados a alguns cuidados de saúde. Então além de todo o ganho de conhecimento e experiência como técnico de referência em saúde mental, ainda pude prestar cuidados por meio de orientações específicas da categoria da enfermagem.

Por outro lado, a atuação no projeto de atendimento online em saúde mental foi bastante desafiadora. Como era algo novo e que precisava ser feito com certa rapidez para a população não ficar desassistida, a sistematização do fluxo de atendimento dentro do projeto e outros assuntos foram constantemente alterados. Foram feitas várias reuniões para se pensar e debater estratégias para melhorar o nível de qualidade dos atendimentos ofertados à população.

Outra dificuldade encontrada foi a dependência da tecnologia, levando em consideração que para que o atendimento fosse ofertado era imprescindível ter acesso a internet e habilidade com a ferramenta google drive. Também era necessário que o paciente tivesse boa conexão de internet e habilidade com a ferramenta WhatsApp, o que por vezes dificultou ou até mesmo impediu a realização do atendimento. Algumas vezes os pacientes não respondiam a mensagem padrão para início do atendimento em tempo hábil assim, tendo que ser feitas mais de uma tentativa de contato com o usuário.

O atendimento, em formato virtual, de forma alguma substitui a modalidade de atendimento convencional, mas o projeto foi de suma importância para a formação como especialista em saúde mental e principalmente, para a população palmense, levando-se em conta,a necessidade de isolamento e distanciamento necessários para a prevenção da propagação do vírus da covid-19.

4. Considerações Finais

Diante das repercussões psicológicas, emocionais e físicas que foi proporcionado pela pandemia, e os efeitos que isso ocasionou na população de um modo geral, compreende-se a importância de iniciativas em criar e manter projetos como esse, podendo assim, proporcionar uma qualidade emocional para as pessoas mais afetadas.

Através do atendimento online também foi possível realizar as demandas de acolhimento com os pacientes. E nesse momento foi possível estabelecer o vínculo entre profissional e o sujeito que procurou o atendimento por suspeitar estar vivenciando algum tipo de sofrimento emocional.

Nesse contato, foi possível perceber o quão importante era a conduta a ser realizada, sendo que esta deveria ser capaz de permitir o estabelecimento de um vínculo terapêutico capaz de ser continente, a fim de permitir que a pessoa se sentisse acolhida, ouvida e compreendida em sua demanda.

Esse projeto de atendimento online, teve um grande diferencial, que foi capaz de integrar uma equipe multiprofissional de psicólogos, médicos psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e residentes em saúde mental e saúde coletiva atuando como técnicos de referência em saúde mental.

Enquanto profissionais atuantes neste projeto consideramos e concluímos a importância para nossa formação que foi essa vivência. De fato, foi algo desafiador, mas que no final trouxe um sentimento de conforto por ter proporcionado a

população uma escuta qualificada e um atendimento humanizado frente a todos os sofrimentos e incertezas que foi e é vivenciar uma Pandemia.

Referências

Bontempo, V. L., & Rodrigues, C. C. (2015). O técnico de referência e a saúde mental: uma reflexão a partir de uma residência multiprofissional. ***Scientia Tec, 2*** (3), 119-132.

Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C,. Silva, B. F. P., & Vitti, L, S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. ***Estudos de Psicologia (Campinas), 37***. Recuperado em 09 de setembro, 2020, de https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1982-0275-estpsi-37-e200074.pdf

Fundação Oswaldo Cruz (2020). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: recomendações aos psicólogos para atendimento online. Rio de Janeiro, 14 p.

Gil, A. C (2000). ***Como Elaborar Projetos de Pesquisa*** (4ª ed., p. 56). São Paulo, BR: Editora Atlas S. A.

Hegenberg, M. (2010). ***Psicoterapia Breve Focal: Clínica Psicanalítica*** (3ª ed). São Paulo, BR: Casapsi Livraria, Editora e Gráfica Ltda.

Lima, M., Jucá, V. J. S., Nunes, O. M., & Ottoni, V. E. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. ***Interface - Comunicação, Saúde, Educação 16*** (41). Recuperado em 09 de setembro, 2020, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200011&lng=pt&nrm=iso

Silva, H .G. N., Santos, L. E. S., & Oliveira, A. K. S.(2020). Efeitos da pandemia no novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. ***Journal of nursing and health 10*** (4).. Recuperado em 09 de setembro, 2020, de htttp://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1097482/4-efeitos-da-pandemia-do-novo-coronavirus-na-saude-mental-de-i_fNxf8zd.pdf

A saúde mental como campo de formação e intervenção profissional do Assistente Social

Mental health as a field of training and professional intervention of the Social Worker

Autores: Francisca Araújo Bentes e Rayane da Silva Oliveira

Orientadora: Daniela Aparecida Araújo Fernandes

RESUMO

O estudo em questão buscou discutir o campo da saúde mental como *lócus* de formação e intervenção dos profissionais Assistentes Social, através do relato de experiência das autoras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, com atuação no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) no município de Palmas-TO. Adotou-se o método da observação participante, registros e reflexões da prática nos diários de campo, subsidiado pelo levantamento bibliográfico, das palavras-chave: "Saúde Mental"; "Residência Multiprofissional em Saúde" e "Assistente Social", nas bases de dados Scielo, Scopus, LILAC e Google Acadêmico, de produções científicas dos últimos dez anos. Constatou-se que há uma escassez de produção científica em relação aos temas pesquisados. O Assistente Social inserido na política de Saúde Mental tem um papel fundamental na busca da justiça social e acesso aos direitos que visam reduzir as desigualdades sociais. No entanto, as condições estruturais e materiais dos dispositivos de saúde de Palmas-TO, precarizam o trabalho, o que implica na atuação e formação profissional.

Palavras chave: Saúde mental. Assistente social. Serviço social. Residência.

ABSTRACT

The study in question sought to discuss the field of mental health as a locus of training and intervention of professional Social Workers, through the experience report of the resident authors of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health, working at the Psychosocial Care Center (CAPS II) and at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD III) in the municipality of Palmas-TO. The method of participant observation was adopted, records

and reflections of the practice in the field diaries, subsidized by the bibliographical survey, of the keywords: "Mental Health"; "Multiprofessional Residency in Health" and "Social Worker", in the Scielo, Scopus, LILAC and Google Scholar databases, of scientific productions of the last ten years. It was found that there is a shortage of scientific production in relation to the researched topics. The Social Worker inserted in the Mental Health policy has a fundamental role in the search for social justice and access to rights that aim to reduce social inequalities. However, the structural and material conditions of health devices in Palmas-TO make work precarious, which implies professional training and performance.

Keywords: Mental health. Social worker. Social service. Residence.

INTRODUÇÃO

A política de Saúde Mental brasileira, surge a partir das lutas sociais no movimento da Reforma Psiquiátrica, na década de 70, propondo uma rede de cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico, e a extinção progressiva dos manicômios no País.[1] Nesse contexto, no ano de 1989, o Projeto de Lei, do deputado Paulo Delgado, propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Posteriormente, depois de vários anos é promulgada a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 que redireciona os cuidados em saúde mental para um cuidado alternativo à internação, até então prevalente na prática.[2]

O modelo de atenção psicossocial, estabelece como objetivo o cuidado através da reinserção social, próximo a família e privilegiando-se o tratamento em serviços comunitários, sendo a internação apenas para situações de crise aguda, em caráter provisório e excepcional. A partir da Lei 10.216, vários setores da sociedade desenvolvem estudos, novas perspectivas de tratamento e, com isso, práticas para a construção de um cuidado com dignidade e respeito.[2]

A Política de Saúde Mental é organizada através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria 3.088/11 que tem o objetivo da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e as necessidades decorrentes

do uso de crack, álcool e outras drogas.[3]

A RAPS busca consolidar um modelo de atenção aberto e comunitário, promovendo a livre circulação aos serviços do seu público alvo, bem como o atendimento integral e humanizado[4].

Para a substituição do modelo manicomial foram criados os serviços substitutivos, os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Configura-se como uma das estratégias de transformação do modelo asilar, considerado instituição referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. São novas propostas de atenção à saúde mental, que assumem o papel de articulador da rede de saúde. Os CAPS se configuram como os dispositivos centrais da política de saúde mental e são caracterizados como serviço aberto e comunitário de referência do Sistema Único de Saúde (SUS)Dessa forma, os CAPS são destinados ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais e/ou com uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo como foco na inserção do indivíduo na sua integração social e familiar, buscando a autonomia do sujeito. Tem como característica buscar integrar o indivíduo ao seu ambiente social e cultural, ou seja, busca a reinserção social. [5]

A Portaria GM 336/02, regulamenta e define que os CAPS são ordenados para organizar a rede de atenção à saúde mental e prestar o acompanhamento no tratamento clínico e reabilitação psicossocial.[6] São constituídos em cinco modalidades: Caps I, Caps II e Caps III, definidos por ordem crescente de acordo com sua complexidade e abrangência habitacional. Além desses, são definidos mais dois serviços: CAPSi, o qual é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, e o CAPS AD, que é destinado a pessoas com transtornos decorrentes de álcool e drogas No campo da saúde mental, é importante destacar as Residências Multiprofissionais em Saúde, lócus de formação que objetiva a educação em serviço. Nesse ínterim, possibilita uma aprendizagem na prática com a supervisão de profissionais experientes. Conforme a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12/01/2000 os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde constituem modalidades de ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu* destinada a profissionais recém formados na área da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, incluindo plantão, e duração de 2 (dois) ou 3 (três) anos [7].

Na Saúde Mental, a prática do Assistente Social consiste na perspectiva de garantia dos direitos, na identificação das necessidades assistenciais dos usuários e os atendimentos com as famílias por meio de orientações e ações para acesso aos direitos sociais, bem como, aos

benefícios e programas sociais. O Assistente Social também atua com objetivo da garantia digna do tratamento do usuário de saúde, a fim de, proporcionar a inclusão social com base em seus direitos.[8] Logo, a atuação do Assistente Social na Residência Multiprofissional em Saúde, e mais especificamente no campo da Saúde Mental, tem como intencionalidade de formação e intervenção:

> A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde apresenta-se como um espaço privilegiado de atuação, no qual é possível estabelecer diálogo com os diversos profissionais, usuários, familiares e instituição, no qual o Assistente Social pautado no Código de Ética e no projeto ético político profissional desempenha um importante papel na implementação de um novo modelo de assistência[6 (144)].

Considerando o histórico da profissão, o Serviço Social surge no Brasil na década de 1930, atrelado fortemente à igreja católica num viés conservador. No decorrer das mudanças da sociedade a profissão se molda e passa a atuar de forma crítica nas expressões das questões sociais inserida num contexto sócio histórico. Em suma o assistente social atua em diversas áreas como: a saúde, educação, moradia entre outros, intervindo nas realidades sociais. Isto é, o Serviço social se torna indispensável pois atua diretamente nas ações que refletem nas condições de sobrevivência da população.[9]

Durante a formação na Residência Multiprofissional em Saúde Mental, foram realizadas atividades que se organizam como de campo e de núcleo. O campo (Saúde Mental) é uma área de conhecimento constituída por diferentes profissionais da saúde, tais quais: Assistentes Sociais, Psicólogos dentre outras especialidades, em um trabalho multidisciplinar.

Já o núcleo (Serviço Social) é uma área específica regulamentada e, para exercê-la, é necessário cursar a graduação em Serviço Social em instituição reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) e obter o registro no Conselho Regional de Serviço Social.

Pretende-se com esse estudo, contribuir para uma ampliação de novos conhecimentos, bem como, para agregação de conhecimentos já produzidos em relação ao campo da saúde mental. A fim de suscitar uma prática crítica e reflexiva do Assistente Social na área da Saúde Mental e consequentemente possibilitar um melhor atendimento às demandas dos usuários.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, realizado através do método da observação participante, registros e reflexões da prática nos diários de campo. Para o levantamento bibliográfico recorremos a revisão integrativa da literatura, método este que possibilita a síntese da produção científica válida e atual.

Para a revisão integrativa, foi realizado busca nas bases de dados: Scielo, Scopus, LILAC e Google Acadêmico, de artigos científicos publicados nos últimos dez anos (2012 a 2022), com uso das palavras-chave: "Saúde Mental"; "Residência Multiprofissional em Saúde" e "Assistência Social". A seleção foi realizada apenas para os artigos de língua pátria (portuguesa), e por títulos e resumos que tinham relação com o tema abordado, posteriormente foram realizadas leituras dos resumos dos artigos encontrados e verificado se tinham relação com o tema pesquisado. O trabalho de campo foi desenvolvido no período compreendido entre os meses de setembro de 2020 a janeiro de 2021 tendo como cenário de estudo os CAPS II e AD III, localizados no município de Palmas-TO. Foram utilizados dois diários de campo os quais visavam o registro das atividades diárias, rotinas, processos e protocolos estabelecidos além de suas fragilidades e potencialidades dos locais estudados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de subsidiar este relato que experiência com a produção científica sobre o tema abordado, foi realizado pesquisas nas bibliotecas virtuais de pesquisa científicas, SCIELO e LILAC com o uso das palavras chaves: "Serviço Social, Saúde Mental e Residência Multiprofissional em Saúde Mental". O quadro 1 a seguir apresenta três pesquisas que relacionam o Serviço Social atuando no

campo da Saúde Mental.

Quadro 1: Pesquisas relacionadas à atuação do Serviço Social no campo da Saúde Mental entre período de 2012 a 2022

A) Necessidade da hipervalorização do Serviço Social nos serviços de Saúde Mental como os CAPS, já que, os assistentes sociais atuam diretamente na comunicação educativa dos usuários e familiares destes serviços. [22]

B) Os assistentes sociais realizam atendimentos como: acolhimento, planejamento, encaminhamentos e o monitoramento do paciente, atribuindo a qualificação do atendimento ao aprimoramento profissional decorrente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde [23]

Dessa forma, compreende-se que a atuação do assistente social na saúde mental é de suma importância, pois contribui está pautada diretamente na garantia dos direitos dos usuários. No entanto, ainda existe uma escassez de produções científicas referente a prática profissional do assistente social nessa área.

Durante o período observado pelas autoras, pode-se notar que as principais atividades de campo realizadas no CAPS II e CAPS AD III no Município de Palmas-TO foram: acolhimento dos usuários, visitas domiciliares aos familiares e usuários atendidos, discussões de casos, visitas institucionais aos demais serviços de saúde e órgãos públicos (Unidades Básica de Saúde e Instituto de Identificação).

Nestas atividades foram constatados a efetiva participação de assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros, que se revezavam de acordo com a urgência e necessidade de cada demanda. Já as atividades de núcleo observadas nestas instituições, as quais são de competência exclusiva dos assistentes sociais, são: atendimento individual de usuários com a finalidade de fazer a orientação social, a entrevista social e o parecer social. Nesse sentido, o assistente social alocado em Palmas-TO, além de atender às demandas emergentes dos usuários, também busca possibilitar o reconhecimento das necessidades subjetivas através dos seguintes procedimentos:

Acolhimento (CAPS II e AD III)

O processo de acolhimento feito pelas equipes multiprofissionais da saúde é a porta de entrada e ferramenta fundamental para o desenvolvimento das demais atividades subsequentes que são realizadas em acordo com a necessidade de cada usuário. O acolhimento deve ocorrer a partir de uma escuta qualificada, identificando suas reais necessidades de maneira empática, a fim de garantir a melhor tomada de decisão nos encaminhamentos futuros..[11]

O acolhimento realizado nos referidos CAPS, acontece sem a efetiva necessidade de agendamento por parte dos usuários ou de seus familiares, ou seja, ocorre por demanda espontânea. Este contato inicial realizado muitas vezes inicia-se na própria recepção, onde são

colhidos dados iniciais e realizado o preenchimento de cadastro. Posteriormente, são destinados para uma sala, na qual é realizada a atividade de acolhimento. O acolhimento ocorre de forma individual ou acompanhando com algum familiar, desde que o usuário permita, o que demonstra a preocupação tanto da instituição, quanto dos profissionais em deixar o paciente à vontade e mais aberto ao diálogo.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Não necessitando pessoa específica para fazê-lo, busca-se realizar uma escuta qualificada por meio da empatia.[11]

O acolhimento é uma atividade regular e executada de forma semelhante em outras regiões do Brasil[12], podendo ser realizado por qualquer profissional de nível superior que atue na saúde mental. Conclui-se que o processo vivenciado de intervenção na prática do acolhimento, garante a homogeneidade do atendimento e consequentemente aprendizado dos residentes assistentes sociais.

Visitas domiciliares em Saúde Mental (CAPS II e AD III)

As visitas domiciliares no campo da saúde mental são fundamentadas em mapear a real situação de moradia de determinado usuário, a fim de conhecer aspectos como a casa, o setor e vizinhança do mesmo, para apreender aspectos do dia a dia e suas interações, que geralmente escapam das entrevistas realizadas nos CAPS. Portanto, trata-se de um importante instrumento interventiva que configura para o (re)conhecimento *in loco* das condições e dinâmicas que permeiam a relação do indivíduo com o seu meio.[13]

No CAPS II, as visitas domiciliares são realizadas pela equipe multiprofissional (psicólogos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, psiquiatras e outros). A referida equipe seleciona nas reuniões que acontecem semanalmente qual usuário necessita de visita e quais profissionais devem realizá-la, sempre respeitando as necessidades do usuário.

No período analisado, pôde-se constatar que as visitas são realizadas, em suma, por um trio de profissionais (Psicólogo, profissional de Enfermagem e Assistente Social). Entre os usuários do CAPS II, existiam muitos que se encontravam com mobilidade reduzida, sem condições de se locomover até o CAPS. Por esses motivos, muitos cuidados eram realizados pela equipe multi em seus próprios domicílios. Assim, em muitos casos, enquanto os profissionais de Enfermagem administram qualquer tipo de medicação, o Assistente Social é incumbido de acompanhar e verificar as condições de moradia e vínculos familiares do usuário.

As visitas domiciliares possibilitam, além de um ganho enorme de experiência ao profissional Assistente Social, uma oportunidade de observação mais próxima da realidade de cada usuário, pois uma vez submersas na realidade dos pacientes torna-se mais fácil a compreensão de suas necessidades.

No CAPS AD III, observa-se que as visitas domiciliares aos usuários são divididas entre os profissionais responsáveis pelo território, ou seja, o técnico de referência, de forma a facilitar o acompanhamento e garantir a criação de vínculo com os usuários. Esta divisão é feita a fim de garantir que dois profissionais da saúde fiquem incubidos do atendimento dos usuários de um mesmo território, tais visitas ocorrem de acordo com a demanda de cada território.

Após cada visita, a equipe multiprofissional se reúne para realização de discussões dos casos, bem como, são apresentados os encaminhamentos, ações e possíveis intervenções a serem desenvolvidas por cada especialidade, garantindo a integralidade do cuidado.

Visitas institucionais (CAPS II e AD III)

É comum na RAPS, a prática intrasetorial e intersetorial, das visitas institucionais entre as equipes multiprofissionais dos CAPS e outras repartições e organizações públicas, tais como: Unidades de Saúde da Família – USF, Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, dentre outros. A visita institucional é realizada de forma a tratar de assuntos pertinentes a um usuário assistido pelos CAPS, para discussão de casos e/ou construção de Projeto Terapêutico Singular.

As visitas institucionais são atividades ricas em aprendizado e integração, pois reúnem várias especialidades e saberes do campo da saúde, assistência e previdência, além de dar uma visão macro das diretrizes e ações de políticas públicas empregadas na área da saúde mental e em cada serviço. Sempre após as visitas são realizadas discussões dos casos nos CAPS e dado os encaminhamentos necessários ao usuário.

A articulação da rede de cuidado é inerente à maneira como esta é produzida e em qual nível de especialidade se adequa. Assim sendo, as visitas a outros pontos da rede de saúde é primordial para a integralidade do cuidado e o desenvolvimento das atividades de forma interdisciplinar e intersetorial.[14]

Discussão de casos (CAPS II e AD III)

As discussões de casos ocorrem em momento de reunião entre profissionais dos CAPS, realizada sempre após cada acolhida dos usuários. É um importante mecanismo dos serviços,

uma vez que, há a possibilidade do compartilhamento de saberes, e propõe uma análise dos aspectos da integralidade do usuário. Ocorre de forma interdisciplinar, para discutir sobre as demandas imediatas e cotidianas relacionadas aos usuários do serviço, além de alinhar métodos, processos e diretrizes de saúde.

No CAPS AD III, as discussões de casos constituem-se principalmente em tomadas de decisões para realização de acolhimento 24 horas nos casos complexos e para admissão/readmissão dos usuários. No CAPS II essas discussões de casos também são realizadas para decisões sobre a admissão/readmissão do usuário no serviço, bem como, para encaminhamentos a outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial, como: Hospital Geral de Palmas, Ambulatório, Unidade de Saúde da Família.

A discussão de caso é um mecanismo utilizado pelos profissionais que permite que os casos sejam analisados pelos diversos aspectos, numa perspectiva interdisciplinar. É considerado também um espaço de troca onde os profissionais de diferentes áreas compartilham os diferentes entendimentos e questionamentos sobre o caso apresentado [15].

Orientação social (CAPS II e AD III)

Para garantir a assistência e reduzir a desigualdade social o poder público oferece vários programas e incentivos socioeconômicos, sobretudo para pessoas de baixa renda ou que se encontram em vulnerabilidade social, tais quais: BPC, Auxílio Brasil, vale transporte municipal e interestadual. Muitos desses programas ainda são desconhecidos da população usuária, sendo necessário a intervenção dos profissionais Assistentes Sociais, através da orientação social.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade.[16]

Auxilio Brasil, é um programa de transferência de renda criado em 2003 para unificação dos programas preexistentes como: Bolsa escola, Bolsa alimentação, auxílio gás e outros. Tem como objetivo reduzir a pobreza e a desigualdade no país. O programa é realizado de forma focalizada para famílias em situação de extrema pobreza, com renda mensal de até R$100 por pessoa, e em situação de pobreza, com renda entre R$100,01 e R$200 por pessoa. Além da renda possui condicionantes como compromisso com a educação e saúde para o recebimento do benefício.[17]

O vale transporte municipal foi instituído pela Lei Municipal 1886/2012 o qual estabelece

a gratuidade nos transporte público para os usuários de baixa renda, em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial. Já o Vale transporte interestadual consiste em um benefício instituído pela Lei Federal nº8.899/1994, concedido às pessoas com deficiência e de baixa renda comprovada.[18]

As ações de orientações dadas pelos profissionais Assistentes Sociais aos usuários atendidos, possuem cunho educativo e seus efeitos podem resultar diretamente na melhoria da vida dos usuários, ainda mais se realizados por Assistentes Sociais alinhados com o projeto ético-político da profissão.[8]

Dessa forma, as residentes prestam esclarecimentos de forma regular a todos os usuários atendidos. As orientações mais comuns são: funcionamento dos CAPS; como podem ser auxiliados em compra de remédios de alto custo; tratamentos fora do estado; plano de aposentadoria (muitos usuários procuram o CAPS por conta de laudos para apresentação junto ao INSS). As orientações necessárias são repassadas a fim de que compreendam os seus direitos e quais procedimentos/documentações e as instituições públicas que devem procurar para garantir o acesso aos serviços de saúde, direitos e benefícios socioassistenciais.

Entrevista social (CAPS II e AD III)

A entrevista social é um instrumento bastante utilizado pelo Assistente Social nos Centros de Atendimento Psicossociais, para conhecimento da realidade social do usuário e permite uma escuta qualificada. São realizadas após o acolhimento, com a finalidade de conhecer as condições socioeconômicas do usuário e atestar o enquadramento nos quesitos de leis e regulações que garantem a assistência dos pacientes. As demandas mais apresentadas foram para aquisição do passe livre (vale transporte) municipal.

Todas as entrevistas realizadas pelos profissionais são executadas com preenchimento de formulário padronizado fornecido pelos CAPSs, sendo que cada serviço um possui seu próprio modelo. Os formulários contemplam questões como composição familiar, renda *per capita*, despesas fixas, situação de moradia, bem como, saúde do usuário. Durante a entrevista ainda é explicado para os entrevistados sob o sigilo das informações compartilhadas e o objetivo das perguntas realizadas. A entrevista é um importante instrumento de potencialização de trabalho para o Assistente Social, contribuindo com a efetivação das ações, visto que, possibilita ao profissional um aprofundamento da realidade.[19]

Uma crítica apresentada pelas autoras quanto a realização dessas entrevistas é o fato dos

formulários disponibilizados ainda serem realizados de forma manual. Todo esse procedimento, considerando os tempos vividos, poderia ser realizado através de tablet e/ou computadores, que, através de um sistema integrado, seria preenchido em tempo real com as informações colhidas na entrevista.

Dessa forma, as informações seriam salvas em nuvem, garantindo uma melhor rastreabilidade do cadastro dos usuários e consequentemente uma perpetuação de seus dados (fato que hoje não é constatado, visto que os documentos em papel podem ser extraviados e/ou perdidos). Estes poderiam ser acessados em demais repartições da saúde, desde que garantindo a confidencialidade apenas aos profissionais de Serviço Social autorizados e com acesso ao prontuário eletrônico e-SUS.

Em 2012 foi realizado um estudo denominado "A Ciência Social Digitalizada: avanços, oportunidades e desafios", que desdobra sobre a importância da digitalização dos serviços para facilitar o levantamento de dados, resultando em uma análise mais abrangente e aprofundada do comportamento social do ser humano. Acredita-se que as ferramentas digitais terão um crescimento contínuo em amplitude e especialização da informação disponível on-line, bem como dos recursos para explorar e lidar com estes dados. [20]

Parecer social (CAPS II e AD III)

O parecer social é um instrumento técnico operativo do Serviço Social, isto é, um posicionamento técnico sobre uma determinada situação social, emitida a partir das informações obtidas durante a entrevista social, realizada para conhecimento da realidade do usuário.[20]

Dentro das normas estabelecidas nos CAPS, o parecer emitido para a concessão do passe livre, benefício concedido com a finalidade de viabilizar a integração e a locomoção do usuário até o serviço ofertado, obrigatoriamente deve ser assinado por um par de profissionais da saúde, sendo eles, um Assistente Social que analisa as condições de vulnerabilidade social do usuário e um Psiquiatra, que ateste as condições clínicas e psíquicas do usuário.

O parecer é fornecido de forma a garantir que o paciente possa ter acesso ao serviço. Entretanto, na execução desse instrumento esbarrou-se em dificuldades estruturais bem como instrumentais para a garantia do processo de trabalho do assistente social nos dispositivos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da Saúde Mental os Assistentes Sociais têm contribuído com a formulação e a implementação de políticas públicas que valorizam a cidadania e os direitos humanos, sempre pautado na regulamentação da profissão e no Código de Ética Profissional de 1993.

Os residentes Assistentes Sociais inseridos nos cenários de prática CAPS II e CAPS AD III do município de Palmas-TO, desenvolvem múltiplas atividades. Por via destes profissionais da saúde, diariamente diversos usuários são acolhidos, orientados e acompanhados, de forma a conceder a importância necessária e a dignidade de seres humanos. Considerando que usuários com transtornos mentais, em sua maioria são excluídos e postos à margem da sociedade, o profissional Assistente Social contribui com a reinserção social, através do acesso aos direitos e benefícios, muitas vezes desconhecidos.

Embora o Assistente Social residente tenha uma participação essencial na Saúde Mental, ainda existem algumas dificuldades na sua atuação profissional. Dentre elas, foi possível observar a baixa utilização de formas inovadoras e tecnológicas, sendo utilizado ainda formulários e cadastros manuais. Os espaços físicos são inadequados para os usuários e profissionais, por não possuírem salas suficientes para atendimentos individuais e nem espaços destinados a reuniões, oficinas e grupos terapêuticos, diante disto era normal o revezamento de salas e reuniões improvisadas. Além disso, há uma insuficiência dos recursos materiais como, computadores, armários para acomodação de objetos pessoais, documentos, formulários produzidos diariamente durante as entrevistas e demais atividades realizadas pelos profissionais Assistentes Sociais.

Dessa forma, a precarização do trabalho trouxe limitações nos atendimentos do Assistente Social especializando, e de modo geral de toda equipe de trabalho. Diante disto sugere-se ao poder público que para o atendimento dos usuários do CAPS II, exista um espaço físico mais amplo com acomodações adequadas e automóvel disponível. E para os dois CAPS pesquisados sugere-se que sejam feitos investimentos em recursos materiais como equipamentos de informática, internet entre outros, com a finalidade de melhorar as condições de trabalho dos profissionais e consequentemente o atendimento aos usuários. A localização descentralizada do CAPS AD III, segundo visão da autoras, dificultava o acesso de alguns usuários. Visto que se

encontra localizado na região norte e possui muitos usuários da região sul, problema que poderia ser solucionado com a descentralização do serviço dando aos usuários maior possibilidade de inserção.

Em relação aos impactos causados pela pandemia da COVID-19 no CAPS II e AD III, foi observada a parada das atividades, fato ocorrido devido ao distanciamento social e a contaminação dos profissionais, o que resultou na redução do atendimento aos usuários e suspensão das atividades em grupos por período indeterminado, reduzindo assim uma experiência prática e resultando apenas no conhecimento teórico para as autoras.

Devido a da pandemia da Covid-19, e da necessidade de isolamento e distanciamento social, não foi observado pelas autoras uma prática bastante comum realizada nos CAPS, que são as oficinas de cidadania e orientações em grupo, segundo relatos de outros profissionais, estas eram bastante comum, e otimizam bastante o tempo dos profissionais, pois nessas oficinas eram esclarecidas dúvidas bastante comuns entre diversas pessoas.

Em paralelo a necessidade de distanciamento, foi observado a implementação de novas ferramentas para que esse problema fosse enfrentado. No CAPS AD III, foi criado pela equipe multiprofissional um whatsApp institucional, de forma a fazer busca ativa (procedimento de localização de usuários que já eram acompanhados mas que estavam há mais de 30 dias ausentes das atividades e/ou que faltaram às consultas), realização de orientações através de mensagens e áudios, para esclarecimentos de medicações, agendamentos de consultas, e realização de *feedbacks* para os familiares de usuários atendidos. Esta ferramenta teve bastante adesão por todos os envolvidos, mas infelizmente foi descontinuado após troca de preceptores no período avaliado. Esta ferramenta também foi bastante utilizada pelas autoras, e também bem avaliada por garantir a inclusão de novas tecnologias para aproximar os pacientes do sistema de saúde.

Na teoria, o Assistente Social na Residência Multiprofissional em Saúde Mental possui atribuições e atividades desenvolvidas dentro do núcleo, ambiente em que as diligências são comuns apenas a essa classe de profissionais. Contudo, o que as autoras puderam vivenciar, foram em suma, atividades de campo, aquelas que são comuns a toda classe de profissionais, dessa forma percebe-se uma fragilidade e dificuldade no delineamento da identidade do Assistente Social. Porém, compreende- se a importância da articulação do campo de Saúde Mental com o fazer do Serviço social, ou seja é necessário haver mais estudos dessa temática, desenvolvimento de um fluxograma conciso, onde o residente possa ter ciência do mesmo dentro

do ambiente multiprofissional, observando-o sempre, fazendo com que o desenvolvimento de atividades seja mais amplo, com especificidade profissional, dessa forma, o assistente social residente e toda a classe será mais valorizada.

Mediante ao exposto, tem-se a clareza de que este relato de experiência servirá como instrumento para a reflexão dos assistentes sociais bem como sua profissionalização continuada e contribuirá para futuras pesquisas no sentido de qualificar seus processos de trabalho, possibilitará também, ao Serviço Social avançar no pensamento crítico sobre a realidade social, mostrando seu comprometimento na direção social do conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira J, Nayra N, Mesquita M, Aires Da Silva T, Freire Da Silva V, Lucas W, et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental [Internet]. 2016. [acesso em 2022 mar 4]. Disponível em: https://facsaopaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf

2. Delgado P. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 [Internet]. Planalto.gov.br. 2020. [acesso em 2022 mar 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

3. Ministério da Saúde [Internet]. bvsms.saude.gov.br. 2011. [acesso em 2022 mar 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

4.Nóbrega M do PS de S, Mantovani G dos S, Domingos AM. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. Revista Brasileira de Enfermagem (Internet). 2020 Fev 10;73(0034-7167-2017-0864). [acesso em 2022 mar 6]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/S7BTMCmk55tVRxqgWYYQg7k/?lang=pt

5. Leal Bruna Molina, Antoni Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Aletheia [Internet]. 2013 abril [acesso em 2021 dez 26]; (40): 87-101. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt

6-Ministério da Saúde. bvsms.saude.gov.br. 19AD [acesso em 2022 Jan 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

7. Ministério Da Educação Ministério Da Saúde Gabinete Do Ministro Portaria Interministerial Mec/Ms No [Internet]. 2012 [acesso em 2022 jan 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192

8. Rodrigues, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? Serv.

Soc. & Saúde, Campinas, SP v.15, n. 1, jan./jun. 2016.[acesso em 2022 fev 02] (21), p. 71-82.

Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8647309/14261/21960

9. Conselho Federal De Serviço Social (CFESS). Código de ética profissional do Assistente Social. Brasília, 1993. [acesso em 2022 fev 28]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf

10.Pereira Casali J, Cruz Dos Reis B, Trilha C, Pinto De Oliveira D, Mendes Soares L, Righi Fonseca L, Costa Côrrea M, Miranda Do Amaral R, Camargo Gruendemann VL, Barros De Oliveira S. Serviço social no Brasil: das décadas de 30 a atualidade. SIEPE [Internet]. 3º de fevereiro de 2013 [acesso em 2022 jul 10];3(1). Disponível em: https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/62745

11.Wagner G, Campos S. DEBATE SAÚDE pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas [Internet]. [acesso em 2022 jul 11]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?format=pdf&lang=pt

12. GAB/SAS/MS C. Política Nacional de Humanização | Rede Humaniza SUS - O SUS que dá certo. Política Nacional de Humanização. 1AD [acesso em 2022 jan 24]. Disponível em: https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/

13. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: Acerca da assistência em saúde mental. Rev baiana saúde pública [Internet]. 1º de dezembro de 2011. [acesso em 2022 fev 7].;35(4). Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=621028 indexSearch=ID

14. Lavoratti, Cleide e Dorival Costa. Instrumentais Técnico-Operativos No Serviço SOCIAL.2016, [acesso em 2022 fev 1]. Disponível em: www2.uepg.br/proex/wp-content/uploads/sites/8/2018/10/Livro-Instrumentais-Tecnico-Operativos-No-Servico-Social.Pdf.

15. Mendes EV. Como redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010 Ago;15(5):2297-305. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

16. Chiaverini, D. H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. I. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011. DELFINI, P.S.S. et al. [acesso em 2022 fev 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

17.Benefício de Prestação Continuada (BPC). Ministério da Cidadania. [em acesso 2022 fev 4]. Disponível em:

https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc

18.Auxílio Brasil [Internet]. Ministério da Cidadania. [acesso em 2022 fev 4]. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/auxilio-brasil

19. Lei Ordinária 1886 2012 de Palmas TO [Internet]. leismunicipais.com.br. [acesso 2022 fev 6]. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a/to/p/palmas/lei-ordinaria/2012/189/1886/lei-ordinaria-n-1886-2012-altera-o-art-1-da-lei-n-1780-de-23-de-maio-de-2011

20. Faermann LA. A processualidade da entrevista no Serviço Social / The processualidade of Social Service interview. Textos Contextos (Porto Alegre) [Internet]. 30º de dezembro de 2014. [acesso em 2023 jan 22];13(2):315-24 Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/16610

21. James C. Witte, George Mason University, Center for Social Science Research, United States, [acesso em 2022 fev 7]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/soc/a/rc8pGhRKvgtbDWHhX7ZsYKn/?format=html&lang=pt

22- Proença A. L. Universidade Federal de Santa Catarina - Centro Socioeconômico de Serviço Social - Estudo e Parecer Social como instrumentos técnico-operativos do processo de trabalho do Assistente Social nas Varas de Família, no Fórum da Capital. [acesso em 2022 fev 8]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bm9PZsvPZcHtrjzZSGNxQNq/?lang=pt

23- Cardozo, Priscila Schacht et al. Agir educativo-comunicativo na relação de assistentes sociais com familiares e usuários: a integralidade no cuidado em saúde mental. Saúde e Sociedade [online]. 2019, v. 28, n. 4 [acesso em 2022 out 1], pp. 160-173. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190178.

24- Junior CS, Viccari EM. O serviço social no atendimento de emergências psiquiátricas: processos de trabalho de assistentes sociais e residentes no atendimento de pacientes adolescentes com ideação e tentativa de suicídio. barbaroi [Internet]. 5 de janeiro de 2019 [acesso em 2022 out 3];1(51):113-32. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/12913

REVISTA CAPIM DOURADO
Diálogos em Extensão

IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM MEIO A PANDEMIA DA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPLICATIONS ON THE MENTAL HEALTH OF THE NURSING TEAM IN THE MIDDLE OF THE PANDEMIC COVID-19: EXPERIENCE REPORT

IMPLICACIONES EN LA SALUD MENTAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN MEDIO DE LA PANDEMIA COVID-19: RELATO DE VIVENCIA

Joabia Gomes Amorim[1]
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma[2]

[1]Enfermeira, residente em saúde mental do programa de residencia multiprofissional em saúde. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (TO), joabiaamorim@gmail.com.
[2] Enfermeiro, Professor na Universidade Federal do Tocantins – Palmas (TO), quaresma@uft.edu.br.

RESUMO

Relato de experiência do tipo descritivo, baseado na experiência vivenciada pela autora, na condição de enfermeira residente em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outros Drogas III, frente aos efeitos observados na saúde mental dos profissionais de enfermagem diante do novo coronavírus. Com objetivo de refletir acerca das repercussões da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem em um CAPS AD III no município de Palmas Tocantins.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde Mental; Infecções por Coronavírus; Serviços de saúde; Pandemias.

ABSTRACT: Descriptive experience report, based on the author's experience as a resident mental health nurse in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs III gainst the effects observed on the mental health of nursing

professionals in face of the new coronavirus. In order to reflect on the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of nursing workers in a CAPS AD III in the city of Palmas Tocantins.

KEYWORDS: Nursing; Health Mental; Coronavirus Infections; Health services; Pandemics

RESUMEN: Informe de experiencia de tipo descriptivo, basado en la experiencia de la autora como enfermera de salud mental residente en un Centro de Atención Psicosocial por Alcohol y Otras Drogas III, ante los efectos observados en la salud mental de los profesionales de enfermería ante el nuevo coronavirus. Con el fin de reflexionar sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de enfermería en un CAPS AD III en la ciudad de Palmas Tocantins.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Salud mental; Infecciones por coronavirus; Servicios de salud; Pandemias.

INTRODUÇÃO

A recente ameaça à saúde global, denominada pandemia do Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-Cov2), mais conhecida como novo coronavírus (COVID-19), surgiu como um grande desafio para o sistema mundial de saúde, devido ao grande número de infectados e a grande demanda de recursos necessários para o seu enfrentamento (GUAN et al., 2020). Em todo o mundo, enfermeiros, biomédicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, auxiliares de limpeza, auxiliares e técnicos de enfermagem, encontram-se com rotinas de trabalhos alteradas na tentativa de conter a disseminação da infecção causa pelo SARS-Cov2, muitos destes profissionais,

estão sendo infectados, com alguns evoluindo ao óbito (CRUZ et, al., 2020); (SOUZA, et al, 2020).

Identificado inicialmente, na província de Hubei, na República Popular de China, o novo coronavírus propagou-se para outros países de forma rápida e em 30 de janeiro de 2020, o Comitê de Emergência da organização mundial de saúde (OMS) declarou estado de emergência de saúde global com base nas taxas crescentes de notificação de casos chineses e internacionais. (PENG et al., 2020). O Brasil apresentou o primeiro caso confirmado da COVID-19, no dia 26 de fevereiro, segundo divulgação do Ministério da Saúde, na cidade de São Paulo. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi determinada pela OMS como uma pandemia. (GUAN et al., 2020)

Entre as dificuldades desencadeadas pelo atual cenário da pandemia, vale ressaltar um aspecto que tornou-se preocupante: a saúde mental dos profissionais de enfermagem. Posto que esta categoria, vem sendo fortemente afetada pelo período atual com: sobrecarga de trabalho exposição a mortes em larga escala, frustações relacionadas a qualidade da assistência, ameaças, agressões, risco aumentado de serem infectados e desenvolverem a doença. Diante destas circunstâncias, emergem medos, incertezas, que podem repercutir em aspectos negativos interferindo no bem-estar geral desses profissionais e por conseguinte, interferir na qualidade dos cuidados em saúde para com a população (SOUZA, et al, 2020).

Embora as respostas frente à COVID-19, tenham se concentrado em conter a disseminação e prevenir a mortalidade, a pandemia sinaliza que também possui capacidade para criar uma crise em saúde mental com impactos no sistema de saúde . Segundo a OMS não existe uma definição “oficial e única” que conceituei saúde mental, uma vez que, existem variações influenciadas pelas diferentes culturas, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas, o que acabam por interferir no estado e definição de “saúde mental” de uma sociedade. A compreensão de saúde mental deve ser ampla, e não apenas a ausência de transtornos mentais (RAMOS, et, al., 2020).

Entre os trabalhadores de saúde atuantes na linha de frente de combate à COVID-19, destacam-se a enfermagem, que atuam diretamente na prevenção e no cuidado integral dos pacientes infectados, desempenhando um grande papel na saúde pública e no controle da prevenção da infecção. Trabalho fundamental no combate à pandemia, não apenas pela capacidade assistencial, contudo, por se tratarem da maior categoria profissional no campo da saúde e por permanecerem integralmente ao lado do paciente, estando, portanto, mais vulneráveis à infecção pela COVID-19 (SMITH GD, et al., 2020).

Conforme relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses ICN), existem cerca de 28 milhões de profissionais de Enfermagem em todo o mundo (SOUZA, et al, 2020) No Brasil de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), atualmente contam-se com 2.305.946 profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Deste total: 565.458 enfermeiros, 1.320.239 técnicos de enfermagem e 419.959 auxiliares de enfermagem (COFEN, 2020).

Grande parte destes profissionais encontram-se vivenciando dias de trabalho sob constante pressão e diversas dificuldades estão sendo potencializadas pelo período pandêmico, sobretudo pelo risco de infecção e pela escassez de equipamentos de proteção individual com turnos de trabalho exaustivos, sensações de impotência e estresse, fomentados pelo desconhecimento e incertezas sobre a doença, quanto ao tratamento, transmissão e o crescente número de óbitos (SMITH GD, et al., 2020)

Vale ressaltar, que o ambiente de trabalho pode proporcionar fatores que interferem negativamente na saúde dos profissionais. Tal interferência pode comprometer a sua realização como profissional, bem como a sua capacidade para desenvolver as atividades laborais, o que pode repercutir diretamente na qualidade da assistência desenvolvida. (ANDOLHE et al. 2015) Diversos

trabalhos científicos, têm sido desenvolvidos com o intuito de avaliar a saúde mental dos profissionais de enfermagem, contribuindo para evidenciar fatores associados ao maior risco de contágio e possível interferência na qualidade da assistência prestada, levando em conta parâmetros como esgotamento, ansiedade, depressão e medo (RAMOS, et, al., 2020).

Diante do exposto, reconhecendo a importância desses profissionais e os riscos de adoecimento físico e psíquico os quais estão sendo submetidos pelo momento atual, esta pesquisa tem objetivo de relatar e refletir acerca das repercussões da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem que atuam no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III, no município de Palmas Tocantins, atuação esta embasada pela Lei do exercício profissional de número 7.498.86 de 25 de junho de 1986 e o respectivo Código de Ética COFEN nº 564/2017.

OBJETIVO

Relatar a experiência de uma enfermeira residente em saúde menal acerca das repercussões da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem no CAPS AD III do município de Palmas Tocantins.

MÉTODOS

O presente estudo constitui-se de um relato de experiência do tipo descritivo baseado na experiência vivenciada pela autora, na condição de enfermeira residente em saúde mental, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS ADIII), frente aos efeitos observados na saúde

mental dos profissionais de enfermagem diante do novo coronavírus. A vivência da autora neste cenário de prática ocorreu no período de março a novembro 2020. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordará a problemática delineada a partir de métodos reflexivos observacionais. Para embasamento teórico, foi pesquisado nas bases de dados LILACS, SCIELO, PUBMED e GOOGLE ACADÊMICO, trabalhos publicados nesse período, com abordagem para o tema saúde mental e COVID-19, que tivessem relevância para o foco deste relato sobre implicações na saúde mental dos profissionais de enfermagem.

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD III do município de Palmas é um componente de Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas a sofrimento álcool e outras drogas, inaugurado em 26 de junho de 2012 o CAPS AD III , tem seu funcionamento estabelecido pela portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012, que redefine o CAPS AD III como serviço aberto, de base comunitária com funcionamento segundo a lógica do território fornecendo atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Durante o período de observação o quadro funcional da unidade era composto de 46 funcionários sendo: 9 Enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem, 02 médicos, 4 psicólogos, 3 assistentes sócias e 9 profissionais de nível médio responsáveis pelo setor administrativo, zeladoria e segurança. Essa equipe é responsável pelo funcionamento do CAPS AD III 24 horas por dia 7 dias por semana. Conforme sistema de informação E-SUS, cerca de 360 pacientes são atendidos mensalmente. O CAPS AD III é responsável por uma população de 300 mil habitantes que é o quantitativo de habitantes do município de Palmas

Tocantins segundo a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O CAPS AD III conta com a modalidade de acolhimento diurno, no qual são ofertadas atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, resgate e inserção cultural, autocuidado, manejo de medicações, inclusão pelo trabalho e ampliação de redes sociais, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas, acompanhamento com médicos clínicos gerais , psiquiatras , psicólogos, enfermeiros e profissionais de nível médio , conta com uma equipe multiprofissional na lógica interdisciplinar. A modalidade de acolhimento noturno conta com até 12 leitos, no qual os usuários poderão permanecer acolhidos por até 14 dias, com direito a quatro refeições diárias, os leitos são regulados, com base em critérios clínicos, em especial leitos desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros.

Durante o período de estudo as atividades assistenciais ofertadas pelo CAPS AD III tiveram que passar por adaptações e novos protocolos de atendimentos foram estruturados. As oferta para acolhimento noturno passou de 12 leitos para 6 leitos como medida de prevenção e contenção da covid-19, as atividades em grupos foram suspensas e todos os pacientes do acolhimento noturno realizaram teste de covid-19 e os casos positivos ficaram em isolamento no serviço.

RESULTADOS

Diante do crescente número de casos de COVID-19 no município de Palmas Tocantins e no mundo, os gestores municipais publicaram decretos com medidas sanitárias na tentativa de contingenciamento dos casos, determinando que os estabelecimentos comerciais e as instituições que não

desempenhassem atividades essenciais como academias, salão de beleza, casas de festas e restaurantes, entre outros, suspendessem os atendimentos presenciais. Diante do aumento expressivo de contaminados em meio à insegurança e o despreparo das instituições sociais e o pânico de uma nova ameaça à saúde global, despertou sentimentos de medo e incertezas a população e sobretudo aos profissionais de saúde, que tiveram suas rotinas de trabalho alteradas com interferências na saúde mental e física.

No decorrer da evolução da pandemia a secretária municipal de saúde juntamente com os profissionais tiveram que adequar os processos de trabalho, suspender atividades em grupos, disponibilizar treinamentos as equipes e orientar a implementação de novos protocolos e várias modificações foram realizadas nos serviços de saúde conforme os avanços nas descobertas da COVID-19. Diversas capacitações foram ofertadas aos profissionais, quando ao uso correto dos equipamentos de proteção e a biossegurança de todos os envolvidos, conduto houve escassez de equipamentos de proteção devido ao aumento da utilização em todo o mundo.

Entre a equipe de enfermagem do CAPS AD III, pode-se observar esse aumento expressivo da utilização dos equipamentos de proteção individual, como máscara, gorros, aventais e óculos de proteção de modo integral é não somente no momento da assistência ao paciente como era observado antes da pandemia. Foi observado ainda um aumento expressivo da limpeza dos setores e dos equipamentos utilizados na assistência pela enfermagem.

No entanto, os profissionais de enfermagem, não vivenciaram apenas mudanças nos processos de trabalho com rotinas alteradas, observou-se, que diante de anseios relacionados ao risco de contaminação durante a assistência ao usuários, muitos destes profissionais adotarem cuidados severos no âmbito pessoal e familiar. A maioria dos profissionais relataram que o maior receio seria

uma possível transmissão do vírus para os familiares, o que levou muitos profissionais a se distanciarem dos famílias, as mudanças no serviço e o isolamento social contribuiu para que os profissionais se tornasse mais ansiosos e inseguros, pois não se sabía quais proporções o vírus poderia atingir e o quanto isso iria afetar as organizações.

DISCUSSÃO

Efeitos da pandemia COVID-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem

Compreende-se que são inúmeros os problemas, emocionais e físicos que os profissionais de enfermagem vivenciaram no período de pandemia e que momentos de pandemia ou catástrofes naturais, podem desencadear ou até mesmo potencializar sentimentos de angustias e de ansiedade. Entre os profissionais de saúde a registros de redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, insônia e decaimento de funções cognitivas e do desempenho. Além da exaustão física devido aumento expressivo da carga de trabalho, estes profissionais sofreram com as limitações nos dispositivos de proteção, como escassez de equipamentos de proteção individual, somado as circunstâncias de trabalharem em situações inseguras com incertezas no tratamento clínico associada a imprecisão de informações em relação a pandemia e os impactos desta em curto e longo prazo (LI, et al., 2020); (SMITH GD, et al., 2020).

Em relatos fornecidos por profissionais de saúde grande parte compartilhavam sentimentos de irritabilidade em decorrência do uso em tempo integral dos equipamentos de proteção individual, muitos na tentativa de minimizar o contágio com o vírus postergavam ao máximo as necessidades fisiológicas básicas como beber água e se alimentar. Diante do receio enorme

da possibilidade de se infectarem e transmitir aos seus familiares, as equipes e em especial a enfermagem por se tratarem na maior força de trabalho dos serviços de saúde, também relataram preocupações quanto a disponibilidade reduzida de material de proteção individual é a sensação de impotência diante alto número de casos positivos e óbitos (RAMOS, et, al., 2020); (PORTUGAL, et, al., 2020).

Com o esgotamento emocional e físico é possível que sintomas psiquiátricos sejam intensificados, sobretudo em pessoas com doenças mentais prévias. Foram descritos na literatura casos de suicídio entre profissionais de saúde, na Índia e Itália que estavam contaminados com vírus, o que nós faz refletir que as consequências emocionais em decorrência da pandemia devem ser analisadas para adoção de estratégias que reduzam tais impactos. A pandemia trouxe além problemas emocionais, mudanças em várias áreas de vida dos profissionais, com alterações familiares, isolamento social, fechamento das instituições, além do impacto financeiro, proporcionado sentimento de insegurança potencializados pelas incertezas do momento e por constantes mudanças de fluxos de atendimento e protocolos institucionais. Percebe-se que os problemas emocionais enfrentados pelos profissionais de saúde em meio a pandemia foram bem semelhantes mesmo em realidades e localizações geográficas distintas (GOYAL K, et al., 2020); (RAMOS, et, al., 2020).

Estratégias de apoio em saúde mental na pandemia COVID-19

Em resposta as inúmeras implicações na saúde mental dos profissionais de enfermagem em decorrência da pandemia, diversas organizações sociais e especialistas de universidades brasileiras entre outras , começaram a se organizarem para ofertar aos profissionais atendimento psicológico por meio de

tecnologias da informação em formatos on-line disponibilizando atendimentos em saúde mental com objetivo de apoiar e ajudar a enfermagem a enfrentar o momento de grave crise pandémica (RAMOS, et, al., 2020).

Em março de 2020 o COFEN disponibilizou ajuda em saúde mental por meio de um canal de atendimento on-line em tempo integral que foi conduzido por enfermeiros especialistas em saúde mental, destinados a todos os profissionais de enfermagem que necessitasse de acolhimento emocional por meio um chat on-line disponível no site do Cofen. Destaca-se ainda que outras formas de suporte psicológico destinados aos profissionais de enfermagem foram disponibilizados por meio de ações psicoeducativas, através do fornecimento de banners , cartilhas virtuais, plataformas com guias informativos, vídeo aulas , e-books, contas de Instagram disponibilizados por conselhos e grupos de profissionais com experiência em saúde mental (GOYAL K, et al., 2020); (RAMOS, et, al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentado em acontecimentos de doenças infecciosas e pandemias já documentadas no decorrer da história da humanidade é possível concluir, que um número significativo de profissionais de enfermagem desencadearam interferências em sua saúde mental, durante as atividades assistenciais e muitas destas não se restringiam apenas no ambiente laboral. Estas circunstâncias e semelhante ao que estamos vivenciado e nos possibilita reflexões sobre as condições de preparo psicológico desses profissionais em situações de emergência em saúde pública como é o caso da COVID-19.

Compreende-se também, que o período de pandemia pode proporcionar repercussões em várias dimensões funcionais, incluindo físico, emocional,

econômico, social. Sendo assim, mesmo que sentimentos de medo e ansiedade possam ser esperados durante esse período, também é suma importancia entendermos e identificarmos de maneira precoce seus extremos. Concluímos que para melhor compreensão das interferencias psicológicas do momento atual e necessário considerar as implicações envolvidas antes, durante e após. Para isso, mais pesquisas sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem precisam ser realizadas, uma vez que a utilização de conhecimentos e experiências de situações semelhantes possibilita ações mais direcionadas.

REFERÊNCIAS

CHENG, Vincent CC et al. Preparação e medidas proativas de controle de infecção contra o novo coronavírus emergente na China. **Journal of Hospital Infection** , v. 104, n. 3, pág. 254-255, 2020. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X.

CHEN, Qiongni et al. Cuidados de saúde mental para equipes médicas na China durante o surto de COVID-19. **The Lancet Psychiatry** , v. 7, n. 4, pág. e15-e16, 2020. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X.

CRUZ, Roberto Moraes et al. COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. Revista Psicologia Organizações e Trabalho, v. 20, n. 2, p. I-III, 2020. http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editoria.

GUAN, Wei-jie et al. Características clínicas da nova infecção por coronavírus em 2019 na China. MedRxiv 2020. https://doi.org/10.1101/2020.02.06.20020974

GOYAL K, et al. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! Asian J. Psychiatr, 2020; 4.

PENG, X. et al. Transmission routes of 2019- nCoV and controls in dental practice. International Journal of Oral Science, v. 12, n. 1, p. 1–6, 2020. https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9.

LI, Zhenyu et al. Traumatização vicária no público em geral, membros e não membros de equipes médicas que auxiliam no controle da COVID-19. Cérebro, comportamento e imunidade , v. 88, p. 916-919, 2020. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007.

RAMOS Toescher, A. M., Tomaschewisk-Barlem, J. G., Barlem, E. L. D., Castanheira, J. S., & Toescher, R. L. (2020). Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. Escola Anna Nery, 24(SPE). https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276.

SOUZA, Luís Paulo et al. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida?/Brazilian nursing against the new Coronavirus: who will take care for those who care?. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020. https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18444.

SILVA, Jorge Luiz Lima da et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 27, p. 125-133, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000700009.

SMITH et al. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. Journal of Clinical Nursing,2020.doi 10.1111/jocn.15231.

Revista sítio novo
Instituto Federal do Tocantins

A experiência de um profissional residente em saúde mental atuando na pandemia do novo coronavírus

Maisa Damaso Barbosa1[(1)]
Ludimila Ines Nunes Prestes[(2)]

Data de submissão: 18/01/2022. Data de aprovação: x/xx/20xx.

Resumo – O presente artigo visa descrever a experiência do profissional residente em saúde mental atuando durante a pandemia do novo Coronavírus, com o objetivo de compartilhar seus desafios, limites e perspectivas durante o processo formativo em serviço em meio a diversas mudanças no modo de fazer saúde mental em um novo contexto sócio-sanitário. Trata-se de um estudo descritivo de caráter retrospectivo, do tipo relato de experiência, sendo utilizado o material registrado no portfólio reflexivo de aprendizagem para resgate das atividades realizadas durante 8 meses de 2020. Foram diversos desafios para a atuação do residente, alteração na carga horária, carga horária teórica realizada de forma remota via ferramentas on-line, distanciamento da formação específica, desconfiguração do serviço de saúde mental, distanciamento dos usuários do tratamento, desconhecimento dos protocolos de biossegurança, além do adoecimento físico e mental dos profissionais. Em meio às adversidades os profissionais residentes de saúde mental foram de suma importância para a manutenção do serviço prestado e o cenário de pandemia suscitou uma readequação das atividades dos residentes. Em conjunto, todos os fatores de adaptação e mudanças foram extremamente válidos para a construção de um profissional do SUS, especialista em saúde mental, formado em um contexto pandêmico. Com este estudo, se faz uma reflexão de modo a se pensar em estratégias que podem ser utilizadas diante de futuras crises e emergências no sistema de saúde, a fim de minimizar as fragilidades dos processos formativos em saúde.
Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Saúde Mental. Pandemia. Coronavírus.

The experience of a resident mental health professional working in the new coronavirs pandemic

Abstract – This article aims to describe the experience of mental health resident professionals working during the new Coronavirus pandemic, with the aim of sharing their challenges, limits and perspectives during the in-service training process amidst several changes in the way of doing mental health in a new socio-sanitary context. This is a retrospective descriptive study, of the experience report type, using the material recorded in the reflective learning portfolio to rescue the activities carried out during 8 months of 2020. There were several challenges for the resident's performance, change in load hours, theoretical workload performed remotely via online tools, distancing from specific training, deconfiguration of the mental health service, distancing from treatment users, ignorance of biosafety protocols, in addition to the physical and mental illness of professionals. Amidst the adversities, the resident mental health professionals were of paramount importance for the maintenance of the service provided and the pandemic scenario led to a readjustment of the residents' activities. Together, all the adaptation and change factors were extremely valid for the construction of a SUS professional, a specialist in mental health, trained in a pandemic context. With this study, a reflection is made in order to think about strategies that can be used in the face of future

[1] Residente em Saúde Mental, da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP. Pesquisador Bolsista. *damasob20@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6798-0328
[2] Psicóloga, Mestre em Psicologia, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP. Pesquisadora Bolsista. ludimilaprestes@hotmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8794-5036

crises and emergencies in the health system, in order to minimize the weaknesses of the training processes in health
Keywords: Multiprofessional Residence. Mental health. Pandemic. Coronavirus.

Introdução

A partir da Reforma Sanitária Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal Brasileira de 1988, foram se formando novas maneiras de se pensar e fazer saúde em nosso país. A saúde passa a ser um dever do Estado e direito de cada cidadão, sendo a partir de então um sistema de saúde universal e gratuito.

Seguido desse marco social histórico, na década de 1990 são construídos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando ficou pactuado a reestruturação da assistência psiquiátrica, o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, priorizando os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários. O movimento da Reforma Psiquiátrica tem proporcionado grandes mudanças para o modelo de assistência a saúde mental, potencializando a humanização, reabilitação psicossocial e comunitária aos usuários por meio dos serviços ofertados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (SANTOS, et.al, 2018).

Por muitos anos o cuidado ofertado às pessoas que usam drogas não era uma prioridade, sendo baseado na estratégia da punição, encarceramento e internação dos sujeitos como forma de intervenção, em que o isolamento era a única saída para a abstinência. Por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, através da Portaria nº 3.088, o cuidado ofertado passa a ter a finalidade de criar e ampliar pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento mental decorrentes do uso de drogas considerando os princípios do cuidado em liberdade, redução de danos, promoção da autonomia e construção do projeto terapêutico singular (ARAÚJO; SOARES, 2018).

Para ampliar a abrangência e qualificar a oferta de ações no âmbito da saúde, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Secretaria do Trabalho e Educação em Saúde, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, promulgam a Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, que institui as Residências Profissionais em Saúde, tendo por objetivo possibilitar a formação de profissionais de saúde quanto contribuir com a mudança do desenho técnico e assistencial do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são uma modalidade de pós-graduação *latu sensu* oferecida a diversas áreas profissionais da saúde caracterizada especialmente pelo ensino em serviço. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) ofertado no município de Palmas (TO) oferece vagas para as categorias de psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, farmácia e educação física. Segundo Mendes et. al. (2011), o programa de saúde mental parte dos princípios e diretrizes do SUS, visando promover aos residentes uma visão ampliada do processo saúde-doença e seus aspectos biopsicossociais, que seja pautado em uma atuação ética e integral, sem negligenciar a premissa da multiprofissionalidade e com a construção de saberes por meio da construção coletiva.

Nesse sentido, o Projeto Pedagógico do PRMSM de Palmas - TO envolve o desenvolvimento de várias Unidades Educacionais abordando a pesquisa aplicada ao SUS, além da prática profissional em atenção psicossocial, gestão do cuidado em atenção psicossocial e integralidade do cuidado em atenção psicossocial. Além disso, o currículo por competências foi construído a partir de três grandes áreas, sendo elas: Educação e Desenvolvimento Científico (Educação em saúde e Pesquisa científica), Atenção à Saúde (cuidado às necessidades individuais e coletivas de saúde) e Gestão (gestão do território e gestão do cuidado).

Assim como nos demais programas de residência multiprofissionais e em área profissional da saúde, o PRMSM envolve uma formação com duração de dois anos, com carga horária total de 5.760 horas, distribuídas em sessenta horas semanais, sendo 80% de atividades práticas e teórico-práticas (tanto em cenário de prática principal quanto em comunidades vulneráveis) e 20% das horas teóricas (preceptorias, tutorias, dentre outros) (BRASIL, 2006). Como campo de prática, o PRMSM oferta alguns espaços de aprendizagem em serviço na Rede de Atenção Psicossocial de Palmas - TO, sendo eles: Centro de Atenção Psicossocial II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, Núcleos Ampliados da Saúde da Família (NASF-AB), Consultório na Rua e Ambulatório Infanto-Juvenil.

Durante o ano de 2020 além de todos esses desafios historicamente estabelecidos, foi necessário ainda enfrentar todas as adversidades causadas pelo surgimento e disseminação do Coronavírus em todo o país. Os serviços de saúde em geral e a sociedade passaram por momentos muito complexos: superlotação de leitos, contágio de profissionais de saúde, isolamento social compulsório e o grande número de óbitos causados pela doença. Todos esses aspectos impactam no funcionamento normal dos serviços oferecidos pela rede de atenção a saúde e, consequentemente, pela RAPS.

A COVID-19 doença causada pelo Coronavírus denominado SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019. Se tratar de uma infecção respiratória aguda, que se dissemina principalmente por gotículas, secreções respiratórias e contato direto com o paciente infectado, causando sintomas como: febre, tosse, cansaço, perda de paladar e olfato e em casos mais graves, faltar de ar, dores no peito, perda da mobilidade e confusão (BRITO et.al, 2020). Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a doença uma pandemia que agravou ainda mais o cenário epidemiológico mundial causando um grande número de mortes e morbidades.

No Brasil os impactos causados pela doença foram devastadores, desde o início da pandemia, segundo Ministério da Saúde, foram contaminados 7.675.781 de brasileiros dentre eles 194.949 óbitos, causando colapso no sistema de saúde e na economia do país (BRASIL, 2020). No Tocantins, segundo dados divulgados diariamente por meio do boletim COVID-19 da Secretaria Estadual de Saúde o estado alcançou a marca de mais de 90 mil pessoas contaminas e mais de 1.230 óbitos, dentre esse total a capital Palmas sempre esteve no topo da contaminação pelo COVID-19, chegando à marca de 21.344 confirmados e mais de 217 óbitos em 2020, conforme Boletim Epidemiológico (GOVERNO DO TOCANTINS, 2020).

Nesse contexto, foram inevitáveis os impactos na atuação do profissional residente dentro dos serviços de saúde mental, considerando que, de imediato, o CAPS Ad III reduziu significativamente a oferta dos serviços, os usuários reduziram a frequência de acesso, refletindo na atuação e na experiência do profissional em formação junto a esses usuários, além da adaptação no cenário de prática, carga horária e ações prestadas dentro do serviço.

Nesse sentido, o presente estudo busca relatar a experiência do residente em saúde mental atuando no CAPS Ad III em meio à pandemia do COVID-19, com o intuito de compartilhar seus desafios, limites e perspectivas durante o processo formativo em serviço em meio a diversas mudanças no modo de fazer saúde mental em um novo contexto sócio-sanitário. Assim, considera-se estar contribuindo de forma direta e/ou indireta com futuros planejamentos de ações dos profissionais residentes frente às adversidades no cenário de aprendizagem dos profissionais em formação.

Materiais e métodos

O estudo caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa que tem como objetivo maior o enfoque na interpretação do objeto, buscando sempre compreender, descrever ou explicar

alguma situação, enfatizando no subjetivo como meio de interpretar e compreender as experiências estudadas (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Trata-se de um estudo descritivo de caráter retrospectivo, do tipo relato de experiência, que busca descrever a experiência de um profissional residente de Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, realizado no período de 8 meses, compreendendo os meses de março a outubro de 2020, período em que atuou no cenário de prática do CAPS Ad III do município de Palmas (TO).

Inclui-se também uma etapa de pesquisa documental, pois permite o conhecimento do objeto de pesquisa de forma mais ampla e detalhada (GIL, 1999), uma vez que a pesquisadora utilizou o portfólio da Unidade Educacional Integralidade do Cuidado em Atenção Psicossocial I, o qual contem também registros das atividades realizadas nos cenários de prática (UE Prática Profissional Supervisionada I), conteúdos estudados na tutoria de campo (UE Gestão do Cuidado em Atenção Psicossocial I), além de reflexões pessoais a respeito da construção do conhecimento a partir das experiências em tais espaços de aprendizagem.

Durante o período de oito meses o serviço ofertou vagas para seis residentes atuarem na equipe multiprofissional (2 psicólogos, 2 enfermeiros, 1 profissional de educação física e 1 assistente social). Todas essas categorias atuavam como técnicos de referência em saúde mental, auxiliando nas demandas dos usuários e suas famílias. A residência segue um cronograma de carga horária de 60 horas semanais, incluindo atividades práticas (acompanhadas por dois preceptores especialistas lotados no CAPS Ad III), teórico-práticas e teóricas (conduzidas por um tutor Mestre, com expertise em Saúde Mental, bem como, facilitadores especialistas, os quais também são preceptores do programa).

Segundo o que preconiza a Portaria nº 130/2012, o CAPS Ad III atua como um serviço aberto e de base comunitária, constituída por uma equipe multiprofissional, equipe de enfermagem, atendimentos médico clínico e psiquiátrico, ofertando cuidado integral para pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

O serviço ofertado pelo CAPS Ad III trabalha com a modalidade de atendimento 24h, funcionam normalmente das 07h às 19h, com acolhimento noturno de até 12 usuários por um período de até 14 dias para desintoxicação, manejo de crise e necessidade de repouso e proteção, desenvolvimento de atividades que visam à autonomia, autocuidado e redução de danos.

Os dados foram aqui apresentados cronologicamente, trazendo um contexto histórico de todos os eventos, para melhor compreensão das experiências do profissional residente e do percurso formativo no CAPS Ad III durante esse contexto de pandemia. Como instrumento de resgate das informações, a pesquisadora utilizou o portfólio, o qual faz parte do processo de ensino-aprendizagem da Unidade Educacional Integralidade do Cuidado em Atenção Psicossocial I. O portfólio é uma ferramenta educacional que possibilita o registro crítico e reflexivo do processo de aprendizagem, desenvolvendo também o processo criativo de aprender, dando maior visibilidade as potencialidades e dificuldades do aprendizado (REIS et.al, 2020).

Posteriormente, as informações foram analisadas a partir do objetivo geral do presente trabalho, buscando realizar uma leitura crítica e reflexiva dos limites, desafios e perspectivas da formação profissional do residente de saúde mental em meio a pandemia.

Resultados e discussões

Devido à pandemia do novo Coronavírus, que acometeu fortemente o município de Palmas (TO), a partir do mês de abril de 2020, as atividades presenciais no cenário de prática dos residentes foram reduzidas para 30h semanais, com objetivo de evitar a aglomeração de profissionais na unidade de saúde e reorganização da prestação do serviço aos usuários. De

forma complementar, os residentes realizavam atividades de Aprendizagem Auto Dirigida, demandadas pelos preceptores a partir das vivências no cenário de prática, tais como: construção de projetos escritos para os grupos operativos, pesquisas sobre atuação da saúde mental na pandemia, divulgação de materiais on-line nas redes sociais, monitoramento de pacientes junto a atenção básica via e-mail. As atividades teóricas eram desenvolvidas de maneira remota, via ferramenta on-line Google Meet, contemplando temáticas do campo da saúde mental e do núcleo profissional do residente, compondo a UE Temas relacionados ao programa I.

Com o decorrer do agravamento da pandemia causada pelo COVID-19 e com a vigência do Decreto Municipal nº 1.856 de 14 de março de 2020 que declarou situação de emergência em saúde pública no município, no qual proibiu a aglomeração de pessoas em espaços públicos e privados, os atendimentos em grupo e oficinas terapêuticas do CAPS Ad III ficaram suspensos, os acolhimentos noturnos reduzidos apenas para quatro usuários, sendo apenas um por quarto, evitando o compartilhamento do ambiente.

Desta forma a pandemia trouxe desafios não somente relacionados às limitações clínicas do adoecimento físico dos pacientes acometidos pela COVID-19, mas também causou, de modo geral, adoecimento psíquico nos profissionais, gerando sentimentos de angústia, desespero, medo e incredulidade (REBOUÇAS et.al,2020).

Diversas problemáticas surgiram em torno do desconhecimento da doença, dificuldade em colocar em prática o protocolo de biossegurança, déficit de profissionais de enfermagem, profissionais contaminados pela COVID-19 e com medo do contágio pelos usuários, elevação no nível de estresse dos profissionais, desconfiguração do serviço de saúde mental, ou seja, o serviço funcionava como um espaço ambulatorial, redução significativa dos atendimentos, funcionando apenas com consulta médica, atendimento multiprofissional individual, atendimento via contato telefônico, desta forma foram reduzindo a frequência dos usuários no CAPS Ad III.

Para conseguir organizar o serviço, foram realizadas pelos profissionais, incluindo os residentes, algumas reuniões para a construção do protocolo de biossegurança próprio para o serviço, considerando todas as particularidades e necessidades tanto de usuários como dos profissionais do CAPS. Reuniões com coordenação da Saúde do Trabalhador para maiores orientações e fiscalização das condições de trabalho do CAPS, além da realização da testagem em massa dos profissionais para identificação de casos assintomáticos dentro do serviço.

Apesar de compreender o novo cenário, os profissionais residentes expressavam sentimentos de desmotivação e ociosidade. Ocorreram alterações de cenários de prática, suspensão do calendário acadêmico como medida de proteção, afastamento da área que optaram ao adentrar o programa, adaptação a novos fluxos de trabalho considerando protocolos de biossegurança, com tudo isso a pandemia abalou as expectativas quanto à realização da residência em saúde mental especialmente no CAPS Ad III enquanto um dos cenários principais desta formação. Segundo estudo realizado por Oliveira et.al (2020), dentre 100 residentes que participaram da pesquisa, observou-se que a maioria referiu impactos nas atividades práticas, seguida de mudança na carga horária, mudança de atividade teórico presencial para EAD e distanciamento da formação específica, o que passou a ser um desafio para grande maioria.

O período de formação na residência representa uma fase de muito desgaste físico e emocional para os residentes, pela própria característica de carga horária excessiva e imersão no SUS, gerando sentimentos que podem afetar o desempenho, causando desgaste físico e mental no residente. Porém, no atual contexto pandêmico em que estes profissionais estão inseridos, estes sentimentos ficaram mais exacerbados.

O resultado frente à prática profissional se percebe um grande prejuízo que a pandemia trouxe para a atuação dos residentes, suas práticas na área escolhida para

especialização foram deixadas em segundo plano neste momento para unir forças em combate ao vírus (OLIVEIRA de et.al,2020). Muitos profissionais residentes chegaram ao seu limite físico e psicológico diante de tantas mudanças abruptas devido contexto de emergência em saúde pública. Anterior à pandemia, o residente tinha a possibilidade de conhecer o serviço de saúde mental em sua integralidade, com realização de atividades coletivas e presenciais, sem precisar se preocupar com tantos protocolos de biossegurança.

Apesar das vicissitudes do contexto, não podemos desconsiderar a relação da teoria e prática profissional, bem como, o aprendizado e amadurecimento que foi proporcionado diante da atuação prática do residente, especialmente diante da pandemia e seus múltiplos desafios. Desta forma se pode pensar na perspectiva de que outras possibilidades e alternativas de cuidado em saúde puderam ser realizadas por meio do atendimento remoto, disseminação de informações em saúde mental via ferramentas digitais e estes novos métodos foram se mostrando como uma forma de possível e eficaz de fazer saúde no SUS.

Em conjunto, todos esses fatores foram extremamente válidos para a construção de um profissional do SUS, especialista em saúde mental, formado em um contexto pandêmico. Torna-se ainda mais importante ressaltar que apesar de tais desafios impostos pela pandemia, os profissionais não podem se deixar levar apenas pelas técnicas, sem considerar uma reflexão da importância de sua atuação enquanto residente e força de trabalho em uma situação extrema. Logo, deve-se perceber que é possível traçar novas estratégias, ser criativo para garantir a integralidade do cuidado em meio ao caos (de LUCENA e SENA, 2020).

Considera-se então que, devem ser respeitados os compromissos firmados nesse processo de ensino aprendizagem dentro da residência multiprofissional, garantindo os princípios da formação de ensino em serviço, não perdendo este foco diante de um contexto atípico como tem sido o da pandemia da COVID-19.

Considerações finais

O cenário de pandemia da COVID-19 suscitou algumas readequações das atividades da residência multiprofissional, imprimindo sobre os residentes o desafio de se adequar a uma nova realidade, não se esquecendo das necessidades dos territórios de saúde e do seu processo de ensino-aprendizagem.

Os desafios diante das adaptações de biossegurança, mudança no modo de atendimento em saúde mental, reorganização na carga horária teórica e prática do residente, foram gerando desgastes físicos e emocionais que deixaram todos no limite do desempenho profissional, gerando cada vez mais dificuldades e adoecimento para o serviço. No entanto, apesar de todas as adaptações, o serviço, os usuários e os profissionais foram percebendo novas perspectivas, estratégias e possibilidades de atuação, trazendo mais criatividade, autonomia e praticidade para os modos de fazer saúde sem o contato presencial.

As ações frente ao contexto pandêmico também representaram oportunidades e novas experiências, pois gera vivências para os profissionais residentes que estão se qualificando para o mercado de trabalho, colabora para desenvolvimento de novas habilidades e técnicas no atendimento a saúde mental. Com este estudo, faz-se uma reflexão de modo a se apresentar estratégias que podem ser utilizadas diante de futuras crises e emergências no sistema de saúde, a fim de minimizar as fragilidades detectadas, reduzindo o impacto na formação de profissionais residentes em saúde.

A relevância da pesquisa se mostra também como meio de se refletir sobre a atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental neste contexto, tanto para estes residentes que já fazem parte do programa, bem como futuros profissionais que pretendem ingressar neste processo formativo. Portanto, é preciso se pensar em meios para direcionar os profissionais que adentraram nos futuros programas da residência e repensar estratégias para que a qualificação durante crises e emergências no sistema de saúde.

Referências

ARAUJO, Ana Katarina de; SOARES, Valéria Leite. **Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB**. Saúde e debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe4, p. 275-284, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800275&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

BRASIL. Secretarias Estaduais de Saúde. **Painel coronavirus**.dez 2020. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em 20 mar, 2021.

BRITO, Sávio Breno Pires et al. **Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI**. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology)–Visa em Debate, v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020. Disponível em: https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1531.Acesso em: 20 out.2020.

GOVERNO DO TOCANTINS. Secretaria de Saúde. Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Notificações para COVID-19**. n.291, jan/dez, dez 2020. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/545915/. Acesso em: 20 mar, 2021.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GERHARDT Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Coordenação Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 21 nov. 2020.

LUCENA J. F. de; SENA J. G. B. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 9, p. e4964, 4 set. 2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4964. Acesso em: 14 out.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MENDES, Larissa Correia et al. **Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 125-141, jun. 2011 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 nov. 2020.

OLIVEIRA, Gabrile de. et.al. **Impacto da pandemia da Covid-19 na formação do residente de saúde**. Curitiba: Braz. J. of Develop, v. 6, n. 11, nov. 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20158. Acesso em: 11 out.2021.

REBOUÇAS, Ellys Rhaiara Nunes. et.al. **Residência Multiprofissional: contribuições durante a pandemia**. Cadernos ESP. Ceará. Jul.2020. Disponível em: https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/365. Acesso em: 15 out.2021.

REIS, Aysla Kalliny dos. et.al. **O portfólio como instrumento de aprendizagem na graduação de enfermagem: relato de experiência**. Braz. J. of. Develop., Curitiba, v. 6, n. 7, p. 46917-46926, jul. 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13219. Acesso em: 22 Nov. 2020.

SANTOS, Lucas Cardoso dos et al . **Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural.** Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 73, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2020.

O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DO CAPS AD III DE PALMAS/TO

THE SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF CAPS AD III USERS IN PALMAS/TO

Aline Thaís Santos de Barros 1
Jonatha Rospide Nunes 2

Resumo: O presente estudo advém do conhecimento do perfil sociodemográfico dos usuários admitidos no CAPS AD III de Palmas/TO. As informações foram coletadas da ficha de acolhimentos e sistematizadas via *Google Forms*. Os resultados apontaram 278 usuários acolhidos em 2021, com predomínio de homens, acima de 45 anos, solteiros, sendo que a maioria não concluiu o ensino fundamental. São homens que se autodeclaram negros, eles possuem histórico de mais de uma internação em Comunidades Terapêuticas (CT's), além de vínculos empregatícios, mesmo que informais. Conclui-se que há a necessidade de reformulações em políticas e acessibilidade de modo a ser mais condizente com a realidade desse público.

Palavras-chave: Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial; Abuso de Substâncias Psicoativas.

Abstract: This study stems from the knowledge of the sociodemographic profile of users admitted to CAPS AD III in Palmas/TO. The information was collected from the reception form and systematized via Google Forms. The results indicated 278 users welcomed in 2021, with a predominance of men, over 45 years old, single, most of whom did not complete elementary school. They are men who declare themselves black, they have a history of more than one hospitalization in Therapeutic Communities (TCs), in addition to employment relationships, even if informal. It is concluded that there is a need for reformulations in policies and accessibility in order to be more consistent with the reality of this public.

Keywords: Mental Health; Psychosocial Care Centers; Psychoactive Substance Abuse.

1 Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Especialista em Saúde Mental pelo Ceulp/Ulbra e Fundação de Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Contato: aline.thapsi@gmail.com

2 Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (ISLEP); e em Processos Educacionais Inovadores pelo Centro Universitário Católica do Tocantins (UNICATÓLICA). Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Atualmente é Tutor Gestor de Aprendizagem do Programa de Saúde Mental do Plano Integrado de Residências em Saúde da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), de Palmas, e Sócio-Fundador do Devir Espaço Terapêutico.

Introdução

A partir de 2011, por intermédio da Portaria n° 3.088, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que consiste em uma rede para cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substância psicoativas (SPA), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação

da rede vem como uma política que busca consolidar o modelo de atenção aberta e de base comunitária, visto que compõe uma rede com vários serviços e dispositivos em diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2011).

Partindo da lógica da Reforma Psiquiátrica (RP), os usuários de SPA começaram a receber atendimento dentro da atenção especializada, com a criação do CAPS Álcool e Outras Drogas (AD), atendimento criado devido a um histórico de negligência, no Brasil, em relação aos cuidados oferecidos a esses usuários. Esse histórico decorre do proibicionismo, posicionamento adotado diante do uso de drogas, a fim de combatê-las como uma epidemia e, deste modo, barreiras são criadas, o preconceito é estendido aos usuários, há a associação direta com a criminalidade, tanto pelos serviços de saúde quanto pela sociedade. Nesse sentido, cabe ressaltar que, a questão ligada ao uso de drogas sempre foi vista de forma rígida e parcial pelas instituições ligadas à justiça, à segurança pública, à religião, dentre outras instituições (PERRONE, 2014).

Historicamente, no Brasil, existem três olhares no que se refere ao uso de drogas, o primeiro centraliza-se no âmbito da saúde, que coloca as drogas, muitas vezes, na vertente da dependência química, e, direciona para tal, a clínica psiquiátrica e os cuidados medicamentosos. O segundo centraliza-se no âmbito da justiça que, por sua vez, abarca questões sobre as drogas como delito, cujo tratamento é a punição. Por fim, há ainda a ótica da religião que não vê a droga nem como doença, nem como delito, mas como pecado, para o qual existe salvação, desde que o usuário de drogas seja convertido através das doutrinas religiosas (BRASIL, 2013).

Na década de 80, com o fracasso do “milagre econômico brasileiro”, o índice de inflação era alto e o fenômeno do êxodo rural acarretou em um grande aumento da pobreza, principalmente nas periferias e favelas. Em um cenário de desemprego, houve a expansão considerável do mercado ilícito das drogas, o que estava ligado, consequentemente, ao sucateamento da educação e ao aumento da violência urbana. Dessa forma, o mercado ilícito da cocaína ganhou força a nível nacional e internacional (PASSOS et. al, 2011).

As favelas e periferias tornaram-se lugares urbanos estratégicos de vendas de drogas ilícitas, processo que recrutava jovens pobres e negros para o tráfico nesses locais. O desejo por pontos estratégicos motivou brigas entre facções e o enfrentamento direto com a polícia, o que agregou também o tráfico de armas, que teve aumento significativo nesse mesmo período. Essa movimentação resultou em

uma guerra civil na luta da guerra às drogas, em todo o território brasileiro (PASSOS et. al, 2011).

É válido ressaltar que houve um aumento do uso de drogas em 2010, e, por isso, o governou criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas em 20 de maio desse mesmo ano. Esse plano nasceu com fortes influências das ações promovidas nos Estados Unidos na década de 80, que visavam o enfrentamento ao crack e a sustentação das políticas de guerra às drogas. No Brasil, esse plano teve início com grande apoio da medicina, da farmacologia, do ponto de vista jurídico-legal e da mídia que tratava a questão do crack como a chegada da epidemia brasileira (MALHEIRO, 2019).

Em virtude disso, ocorreu o aumento de dispositivos para o tratamento desses usuários de modo significativo. Atualmente, existe uma rede que atende pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Segundo Manfrê (2015), as redes de atenção à saúde são caracterizadas por um conjunto de dispositivos de saúde, disponíveis para atender a população residente de um determinado território, cidade, vila ou bairro. Cabe ressaltar que, território se delimita em um espaço para além do geográfico, contemplando tudo aquilo que nele contém, como pessoas, instituições, empresas e cenários, modificados de acordo com a dinâmica e as relações sociais (BRASIL, 2004).

Desde então, há movimentos de articulação dentro da política nacional de atenção psicossocial e, assim, foi criado o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Dentro das modalidades do CAPS, esse dispositivo é voltado exclusivamente para atender essa população que faz uso de SPA. O objetivo é garantir a atenção integral a esses usuários, além disso, os serviços do CAPS AD devem estar sempre articulados com os demais dispositivos da RAPS (BRASIL, 2011).

Além do CAPS, há outros serviços que compõem a rede a fim de atender a demanda de uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo eles: na Atenção Primária, a atenção básica, há os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e as Unidades de Acolhimento (UA). Em caso de urgência, há as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Na atenção terciária, há os leitos em Hospitais Gerais (HG), e com a Nota 11/2019, as Comunidades Terapêuticas entram com financiamento do Ministério da Saúde como mais um ponto de tratamento (BRASIL, 2011).

No entanto, há um estigma criado em torno das pessoas que fazem uso de SPA, e que também é reforçado pela ótica de como a droga é vista nos âmbitos da justiça, da religião, da saúde, e da sociedade em geral. As estratégias de cuidado, historicamente ofertadas pela saúde, operam por meio da normatização das condutas consideradas “desviantes”. A medicina e a criminologia baseiam-se em intervenções para o criminoso, o louco, o delinquente, o “drogado”. Nesse sentido, é imprescindível levantar o debate acerca desses dispositivos com lógicas disciplinares como a prisão e o manicômio. Porém, não é apenas dentro desses dispositivos citados acima que ocorrem confinações ou violações do direito desses usuários atualmente (PASSOS, et al. 2011).

Desse modo, o objetivo geral da pesquisa consistia, inicialmente, em analisar a relação entre o cuidado ofertado por Comunidades Terapêuticas e pelo CAPS AD III no tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de SPA, na perspectiva dos usuários. Entretanto, em razão de algumas dificuldades, como o agendamento e a baixa adesão à realização das entrevistas, o objetivo foi direcionado para o conhecimento do perfil sociodemográfico dos usuários. Esses usuários acessaram o serviço no ano de 2021, e a partir da literatura pertinente, utilizou-se dados secundários para análise do tema.

Em Palmas, capital do Tocantins, o cenário do uso de drogas não é diferente comparado às demais capitais. Tocantins entra como o Estado da região Norte onde mais se consome drogas dentre as outras federações durante todas as fases da vida (BRASIL, 2009). O álcool, o cigarro, os medicamentos, a maconha e o crack são substâncias consumidas pelos Palmenses (UNITS, 2017), o que reflete diretamente nas demandas diárias de busca por tratamento no CAPS AD III da cidade. Atualmente, em Palmas há os seguintes dispositivos de tratamento para uso prejudicial de SPA: um CAPS AD III, um Hospital Geral, atenção básica e três UPAs.

Diante da magnitude dos inúmeros casos de uso abusivo de substâncias psicoativas, e em virtude dos impactos na saúde e os impactos sociais, percebe-se a relevância em conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes que procuram os serviços do CAPS AD. Nessa perspectiva, a proposta é subsidiar informações concretas para a promoção de cuidados em saúde, tendo em vista a melhoria na organização e prestação dos serviços para a população. Assim, há também a proposta de incentivar a produção de conhecimento científico sobre a temática para que, de fato, possibilite a transformação da realidade.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Esta metodologia nos permite analisar os dados utilizando a matemática e a linguagem para interpretar os resultados levantados, correlacionar com a realidade empírica, e a teoria que embasa o estudo (SILVA, 2010). A pesquisa quantitativa possibilita descrever, representar ou interpretar a multidiversidade de seres vivos e suas inter-relações, além de permitir atuar em níveis de realidade, em que os dados retratam os sentidos observáveis (MINAYO e SANCHES, 1993 apud SILVA, 2010).

Logo, utilizando esta metodologia, foi feito um levantamento sobre o perfil sociodemográfico dos pacientes admitidos no CAPS AD III de Palmas/TO. O universo foi composto por 278 fichas de acolhimento realizadas neste período, as informações coletadas foram processadas através do questionário do *Google Forms*, construído pela própria pesquisadora. A vantagem que sustenta a escolha do questionário é a possibilidade de alcançar o maior número de pessoas, permitir uma interpretação mais uniforme das respostas e manter o anonimato do entrevistado, além de ser um método mais econômico (OLIVEIRA, 2011).

No que se refere ao local de realização da pesquisa, adotou-se o estudo de campo, através do qual o objetivo centra-se na busca de aprofundamento sobre uma realidade específica. Dessa maneira, o CAPS AD foi escolhido como local de coleta de dados, uma vez que o mesmo possui especificidades distintas diante da pluralidade dos demais serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, e também por possuir maior adesão ao tratamento pelos usuários de SPA.

Os dados foram levantados através da ficha de acolhimento utilizada pelo serviço, essas fichas foram preenchidas de maio a dezembro de 2021. A ficha de acolhimento é um instrumento utilizado no CAPS AD III de Palmas/TO, com o intuito de coletar informações do paciente, por meio da delimitação para uma breve anamnese do usuário que deseja iniciar o tratamento. Na ficha havia as seguintes variáveis: idade, sexo, cor, *status* conjugal, escolaridade, se já esteve internado em comunidades terapêuticas, o número de internações, o tipo de internação, além de questões sobre trabalho e renda. Todos os dados dos questionários preenchidos foram organizados em gráficos no próprio *Google Forms*.

No decorrer da coleta, falhas foram notadas no preenchimento de alguns campos referentes à raça, qual tipo de internação e renda, estes não existiam ou estavam em branco. O não preenchimento desses campos torna-se um empecilho para o levantamento do perfil dos admitidos e, até mesmo, para a atenção nos cuidados ofertados. Substancialmente, o não preenchimento não prejudica somente o paciente, mas o próprio serviço, uma vez que a estratégia de coleta desses dados entra tanto no campo da dimensão do cuidado ofertado às pessoas quanto na organização do próprio serviço. Por fim, cabe destacar que o projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP/ULBRA, sob o número do CAAE: 60035722.8.0000.9187.

Perfil Dos Usuários

Os dados de todas as fichas coletadas apontaram 278 usuários acolhidos no serviço em 2021, com média de 40 acolhimentos por mês, número baixo se comparado aos outros anos, provavelmente em razão da pandemia causada pela COVID-19. Dentro dessa totalidade, 76,6% (213) deles não haviam passado por internações em Comunidades Terapêuticas (CT's) durante a vida, 18% (50) eram egressos de internações, 5,4% (15) não apresentavam esses dados na ficha. Dentre os egressos de internações, 48,3% (24) passou apenas uma vez por internação, 24,1% (12) duas vezes, 3,4% (2) três vezes, 3,4% (2) quatro vezes, 3,4% (2) cinco vezes, e 17,4% (8) mais de cinco vezes.

Apesar do alto índice de reinserção tanto voluntária quanto compulsória, as porcentagens mostram que a procura também é alta para o retorno para esse tipo de tratamento. Desse modo, é importante visar um tratamento que inclua a condição do paciente, seja para interromper o uso ou diminuir, pois o objetivo de um tratamento baseado apenas na abstinência é a evidência do fracasso. Então, é necessário entender a função dessas estratégias, o motivo pelo qual elas se mantêm e se tornam cada vez mais procuradas, incentivadas e financiadas como uma forma universal de tratamento (PAULA et. al, 2012).

Michel Foucault discute a respeito do fracasso das prisões e aponta que, a questão em torno das punições e do castigo, não é, em sua forma real, destinada a suprir as infrações cometidas, mas em tornar corpos dóceis. Por isso, as pessoas são

julgadas por serem transgressoras da lei, mas o período que passam na prisão não garante que a prática transgressora irá cessar o que ocorre é a sujeição dos corpos a um sistema de punição. Há, assim, o fracasso de um tratamento no qual o objetivo é não recair, e torna-se parcialmente bem sucedido, cumprindo a função de se potencializar no próprio fracasso (DREYFUS et. al, 2010 apud PAULA et. al, 2012).

Mesmo que menos da metade dos internados continue abstinente após o processo de tratamento, ainda há grandes propostas de internações compulsórias pelo uso abusivo de drogas. Para que o processo de reinternação seja eficiente em seu poder discursivo para a produção de subjetividade, a maquinaria do fracasso precisa apoiar-se, neste caso, na recaída como fator central para que esse movimento aconteça (PAULA, et. al, 2012). Assim sendo, é válido levantar o debate acerca de como a recaída se relaciona com a política de guerra às drogas e, ao mesmo tempo, fortalece o aumento das internações. Segundo Paula et al. (2012) a recaída é vista como medida, não como fracasso da instituição de tratamento e das atuais políticas sociais e de saúde.

A recaída, nesse sentido, é deslocada para o fracasso individual e para a doença, de forma que a culpa seja do sujeito, o que reforça o imaginário de um poder que exclui totalmente os desejos do sujeito, a singularidade e a opinião dele. O retorno ao uso após o período abstinente remete a uma “queda”, a regressão ao estado inicial de “doente”. A noção de “queda”, do uso daquilo que faz mal, no caso a droga, se fundamenta, assim como a noção de abstinência, em princípios religiosos. Recair é, antes de tudo, uma queda da alma de quem se deixou levar pelas tentações do mundo (PAULA et. al, 2012). A medicina, em especial a psiquiatria, entra no campo de tratamento para uso de substâncias psicoativas, voltado para o olhar da doença mental, a justiça entra no campo do uso relativo à delinquência. Já a moral religiosa entra como terceiro elemento, que está também entre esses dois fatores, pois realiza a associação do prazer advindo do uso ao mal, uma dicotomia bastante comum. A busca pelo prazer da carne é associada diretamente ao uso de drogas, e é objeto usado para intervenção. O olhar da religião sobre as drogas e seu uso como forma de tratamento dentro das CT’s entra como poder disciplinar, mas a gênese desse poder é mais antiga do que a própria disciplina (PASSOS et. al, 2011).

Esse poder utilizado pelas igrejas em relação ao usuário de drogas entra na problemática do “prazer”, da razão com a psiquiatria e da justiça. Estas reproduzem verdade sobre a razão e a “cura” para esse problema na vida do “louco” ou “criminoso”,

já a moral cristã limita-se aos desvios da “carne”. Dessa forma, a religião dentro do debate das drogas traz o terceiro elemento complementar, que não exclui a disciplina como a medicina e a justiça, mas a complementa com a moral. Com isso, o alto índice de internações em CT’s deve-se ao mix de punição e tratamento, pois a recaída se fortalece, cada vez mais, no seu fracasso, como bem colocado por Foucault, uma biopolítica da droga (PASSOS et. al, 2011).

No que se refere ao gênero dos usuários, 83,1% (231) eram homens e 16,9% (47) mulheres. A predominância do sexo masculino no uso SPA está relacionada diretamente com a desigualdade de gênero, visto que as mulheres tendem a fazer mais uso de medicamentos Benzodiazepínicos (BEZERRA et. al 2018 apud MASCARENHAS, et. al, 2019), já os homens abusam mais de substâncias psicoativas de fácil acesso como álcool, crack, dentre outras. Isto se dá, também, em razão do incentivo, desde a infância, a comportamentos impulsivos e autodestrutivos (LIMA, 2012 apud MASCARENHAS et. al, 2019). Embora seja o crack, especificamente, uma droga predominantemente mais utilizada pelas mulheres em situação de rua (UNODC, 2018).

O acesso das mulheres aos serviços de atenção psicossocial é menor e inviabilizado devido ao preconceito e estigma social sobre o uso de drogas, isso repercute diretamente em diversas situações de vulnerabilidade e, até mesmo, no acesso ao tratamento no Centro de atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) (VERNAGLIA, 2021). Uma vez que é um espaço predominantemente ocupado por homens, havendo pouca (ou nenhuma) discussão entre os profissionais do serviço sobre o lugar ocupado pela mulher no serviço e, por conseguinte, pouca oferta de cuidado, como grupos terapêuticos e PTS.

Além de haver entraves para o acesso das mulheres aos serviços de tratamento para o uso prejudicial de álcool e outras drogas, existem outras questões que dificultam a identificação e o acesso, como o fato dos lugares de uso serem, de forma geral, privados, devido ao medo da perda da guarda dos filhos. Dessa forma, estar inserida em um serviço onde não há um sentimento de pertencimento, onde existe um grande preconceito social e medo da justiça, consequentemente irá acarretar dificuldade na construção e na continuidade do cuidado. O que acaba por isolar cada vez mais essa mulher em relação ao tratamento para uso de SPA (PIERRE, 2021).

As cenas de uso representam o reflexo da hierarquia de gênero que organiza e institui as relações. Os Homens reproduzem a lógica de que eles são permitidos ao

crime, e para as mulheres resta a prostituição (ROMANINI et. al, 2013 apud VERNAGLIA, 2021). A realização das ações ofertadas nos serviços de saúde do SUS, quando relacionadas às mulheres, sempre são voltadas a temas que envolvem a questão reprodutiva, comparado aos demais problemas de saúde (BARATA, 2009). Inversamente, tratando-se do problema SPA, há um predomínio de homens nos pontos de serviços da rede (VERNAGLIA, 2021).

Estudos relacionados às mulheres que fazem uso prejudicial de SPA demonstram como o processo de discriminação social está diretamente ligado as diferentes formas de violência. Há a violência de gênero, como também há por causa de raça, etnia e sexualidade, de tal modo que os processos sociais relacionam-se a estruturas mais amplas de discriminações. A discriminação de gênero se fundamenta no poder e na dominação, ressoando nas diversas situações quando se refere à saúde da mulher, a exemplo disso, há a baixa adesão ao tratamento de uso de drogas (SILVA, et al. 2015).

Além disso, a dificuldade de acesso e de permanência dessas mulheres nos CAPS AD está relacionada com a falta de preparo das equipes dentro dos dispositivos especializados para lidar com este público e identificar as principais necessidades. Essa ausência nos espaços agrava a condição de saúde das mulheres, já que os dados mostram que as mulheres evoluem mais no consumo e uso prejudicial de SPA do que os homens, visto que a adesão ao tratamento por elas ainda é muito baixa (PIERRY, 2021).

Em relação à idade, 25,5% (71) relatou ter acima de 45 anos de idade, 17,6% (49) relatou ter entre 40 e 45 anos, 16,9% (47) relatou ter entre 30 e 35 anos, 14% (39) relatou ter entre 30 e 25, 13,2% (36) relatou ter entre 18 a 25 anos, 12,2% (34) relatou ter entre 25 a 30 anos, já 0,4% (1) não consta essa informação e 0,4% (1) relatou ter abaixo de 18. Embora a literatura apresente que o maior índice de uso prejudicial de álcool seja predominante na fase da adolescência e da vida adulta (PILLON et. al, 2010), os dados apresentaram, em 2021, uma predominância de uso de substâncias psicoativas no final da fase adulto jovem e na meia idade.

Esse aspecto pode estar associado ao fato de usuários em tratamento no CAPS AD III, com menos de 18 anos, necessariamente estarem sob medida do Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE), além de não haver, ainda, um CAPSi na cidade. O que é uma afronta à legislação vigente Lei Nº 13.840 que define condições de atenção e o financiamento para o tratamento de SPA para todas as faixas etárias,

e que em casos de crianças e adolescentes deverá contemplar a participação dos familiares ou responsáveis (BRASIL, 2019). A não assistência a essa faixa etária deixa essa camada da população desassistida, além de contrariar a literatura que afirma um índice maior de uso prejudicial de álcool e outras drogas nessa fase do desenvolvimento.

A não adesão desses pacientes ao CAPS AD III sustenta-se, dentre outros fatores, pela não instalação de um serviço direcionado a essa faixa etária. A entrada de adolescentes no CAPS AD torna-se difícil em razão da distância de faixa etária entre adultos e adolescentes, o que fomenta um sentimento de não pertencimento àquele espaço. As oficinas, Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e até o preparo dos profissionais não estão em coerência com esse público, o que demanda um manejo diferente para tratamento com adolescentes que fazem uso de SPA (RIBEIRO et. al, 2019).

A RAPS trouxe a possibilidade de criação, ampliação e articulação de serviços de saúde que sejam voltados para o tratamento de adolescentes que fazem uso abusivo de SPA. Entretanto, nota-se a lacuna existente em sua política em relação ao tratamento direcionado para adolescentes, uma vez que, ainda está no início a instalação de serviços voltados a essa fase do desenvolvimento humano. Tanto o CAPSi quanto o AD atendem a esse público, o que, por consequência, aumenta a fragmentação e a desresponsabilização da assistência e do cuidado. A presente lacuna se sustenta devido a aspectos como a falta de estrutura não apropriada para esse público, a falta de vínculo e a inexperiência dos profissionais (RIBEIRO et. al, 2019).

Sobretudo, é imprescindível pensar em estratégias de cuidado para os adolescentes, promovendo uma aproximação entre a escola, atenção primária, conselho tutelar, CRAS, promotoria e SAMU. Essa aproximação pode funcionar como uma tentativa de construção de uma rede intersetorial, com articulação no território, visando garantir um cuidado adequado aos adolescentes, que possa permitir, por fim, uma atenção que seja de qualidade e que seja diferenciada (RIBEIRO et. al, 2019; RIBEIRO et. al, 2018).

Sobre a relação conjugal dos admitidos, 55% (153) deles relataram estar solteiros, 25,2% (70) casados, 10,1% (28) divorciados e 9,7% (27) das fichas de acolhimento não constavam esse dado. Esse aspecto pode estar relacionado ao lugar que a droga ocupa na vida do usuário, em decorrência da inversão de valores,

de forma que a droga torna-se prioridade para o indivíduo. Uma movimentação como essa provoca conflitos conjugais diretamente, repercutindo em dificuldade de manter vínculos afetivos e separações (CAPISTRANO et. al, 2013).

Acerca da escolaridade, 27,3% (76) não terminaram o ensino fundamental, 26,6% (74) terminaram o ensino médio, 12,5% (35) terminaram o ensino fundamental, 11,8% (33) não constou essa informação, 10,7% (30) não conseguiram terminar o ensino médio, 10,4% (29) possuíam ensino superior e apenas 0,3% (1) pós-graduação. Porém, os dados de ensino superior e pós-graduação não informam a conclusão da formação.

A baixa escolaridade é um fator alarmante em relação a esse público, conforme aponta o censo das pesquisas que indicam baixa escolaridade entre os usuários de drogas (PEIXOTO et. al, 2010; MONTEIRO et. al, 2011). Esse aspecto está relacionado, principalmente, ao fato de que as drogas ocasionam prejuízos cognitivos de percepção, pensamento e memória, acarretando ao sujeito um déficit de aprendizagem, de rendimento, baixa expectativa de vida e, consequentemente, na evasão escolar (PECHANSKY et. al, 2004 apud ALMEIDA et. al, 2014).

Nesse período de acolhimento não havia campo para preenchimento da autodeclaração racial nas fichas de acolhimento, os prontuários que possuíam essa informação foram editados pelos próprios profissionais. Dentre esses, 93,5% (260) não trouxeram essa informação, 0,7% (2) responderam considerar-se preto, 4,7% (13) pardo, 0,7% (2) branco, 0,4% (1) como amarelo. O não preenchimento ou a falta do campo referente à raça e cor limita nos serviços saúde a capacidade de desenvolver respostas aos vários grupos sociais. Esse fator liga-se, diretamente, ao aumento das desigualdades, na piora das condições de vida desses usuários e, por consequência, às iniquidades em saúde (RIBEIRO, 2019).

Não há como pensar em saúde sem antes olhar para as questões raciais, pois não olhar para esse aspecto é desconsiderar totalmente a interseccionalidade e seus determinantes na saúde. Fechar o olhar significaria não reconhecer a responsabilidade do SUS com diversas pessoas que enfrentam vulnerabilidades, como as pessoas que sofrem com o racismo e com os impactos causados pelo genocídio da população negra cotidianamente. Além disso, as questões raciais também impactam na política adotada em relação às drogas, bem como na política de segurança pública e da justiça criminal. Por isso, tratar dessas questões é entender como opera a atual política de drogas e sua interação com as atuais políticas de saúde

no Brasil, a necropolítica e a colonialidade do poder punitivo, fatores imprescindíveis para compreender como esses elementos se relacionam (RIBEIRO, 2019).

Em relação ao trabalho 88,1% (245) responderam que estavam trabalhando e 11,9% (33) alegaram estar desempregados. Os campos referentes ao tipo de profissão dividiam-se entre trabalho informal e braçal, e em outras fichas esse dado não constava, percebe-se que em alguns casos, os usuários preferiram não informar sua forma de trabalho. O alto índice de trabalho informal está relacionado à baixa escolaridade e qualificação profissional como informado acima, ou ainda com a dificuldade de se manter em vínculos empregatícios CLT, em razão de vários problemas sociais e de saúde decorrentes do uso abusivo de substâncias (ALMEIDA et. al, 2014).

Considerações Finais

Este estudo apresenta limitações por tratar-se de um estudo sociodemográfico de um município, não cabendo generalizações. Em decorrência da não existência de alguns campos e espaços não preenchidos durante o acolhimento realizado, não foi possível trazer alguns dados para fazer apontamentos na pesquisa.

Apesar das limitações, conclui-se que dentre os usuários atendidos no CAPS AD III de Palmas/TO, em 2021, houve predominância de homens, negros, solteiros, com baixa escolaridade que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Esses dados são evidenciados tanto pela pesquisa quanto pela literatura reunida sobre o tema, com exceção do uso prejudicial de substâncias na fase adulta e a taxa de vínculo empregatício. Dito isso, o resultado do estudo aponta a necessidade de estratégias para resgatar o cuidado e a adesão de mulheres e adolescentes no tratamento do uso prejudicial de substâncias. Há, ainda, a necessidade de minimizar o prejuízo da não assistência, o estigma e o preconceito social acerca do uso de substâncias psicoativas.

Faz-se necessário, ainda, refletir sobre o número de internações que pode interferir na proposta de cuidado das CT's, pois o tratamento proposto é pouco resolutivo, quando ligado apenas à abstinência. Desse modo, defende-se a importância de implantar abordagens como a redução de danos, por exemplo, visto que seu foco não é só a abstinência, mas a redução das consequências frente ao uso dentro de uma perspectiva de inclusão social e cidadania para o usuário.

Portanto, defende-se a importância de fortalecer serviços e políticas que estejam de acordo com as necessidades das pessoas. Que sejam serviços abertos e de base territorial, sem deixar de considerar a possibilidade de circulação de seus usuários. Que sejam serviços voltados para atividades e projetos terapêuticos pautados na inserção social e na participação familiar. Sobretudo, que sejam serviços pautados, ainda, na diminuição do preconceito social e estigma sobre a droga e usuário, com vistas à construção de um cuidado singular.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rosilene Alves de *et al*. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ktgMGMp5NgkC7tW3MHD7Qqn/?lang=pt. Acesso em: 05 jan. 2023.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: https://books.scielo.org/id/48z26. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília, DF: SENAD, 2009. Disponível em:https://app.uff.br/slab/uploads/Relat%C3%B3rio_Brasileiro_sobre_Drogas.pdf. Acesso em: 04 jan. 2023.

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 (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Guia de Saúde Mental:** Atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF), 2013. Disponível em: http://www.mpgo.mp.br/portal/arquivos/2019/09/20/12_25_41_614_guia_saude_mental_2ed_web.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Da Composição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília (DF),

2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em: 20 jan. 2023.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina *et al*. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/njKTLTKsTSfgsRPf4687yrm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 05 jan. 2023.

MANFRÊ, Monique Marques. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 14, n. 1. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v14n1/a03.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

MALHEIRO, Luana Silva Bastos. **Tornar-se mulher usuária de crack:** trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador-BA. 2018. 292 f. Tese (Doutorado)- Curso de Antropologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

MASCARENHAS, Naiara Cardoso dos Santos *et al*. Saúde mental e Raça/etnia: um estudo acerca da questão racial e uso abusivo de álcool e outras drogas nos usuários/as negros/as atendidos/as no capsadiii de palmas/to. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 8. 2019. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1352. Acesso em: 03 dez. 2022.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza *et al.* Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, v. 15. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/KJDpXdqpxcj96NsZPmPLmQr/?format=html&lang=pt. Acesso em: 05 jan. 2023.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Manual (pós graduação)- Universidade Federal de Goiás. Catalão–GO, 2011. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf. Acesso em: 02 dez. 2022.

PASSOS, Eduardo Henrique *et al*. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade** , v. 23, n. 1. 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017. Acesso em: 04 Jan. 2023

PAULA, Tadeu de Paula Souza De *et al*. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3. 2012. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40319/25628. Acesso em: 19 de jan. 2023.

PEIXOTO, Clayton *et al*. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool

e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 59, n. 4. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/dq4M3C5sNM5788pXZZDFLhL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 05 jan. 2023.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v, 19, n. 2. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/gJzS9QGqKpdgVLBJrLKBHzg/?lang=pt#. Acesso em: 06 jan. 2023.

PIERRY, Larissa Goya *et al*. Género y asistencia psicosocial: perspectiva de usuarias sobre el Caps-AD. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 16, n. 1. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v16n1/04.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

PILLON, Sandra Cristina *et al*. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery**.v. 14, n. 4. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400013. Acesso em: 6 dez. 2022.

RIBEIRO, Juliane Portella *et al*. Contrassensos da rede de atenção psicossocial direcionada ao curso do adolescente usuário de crack. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 86, n. 24. 2018. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_86_REVISTA_24/50.pdf. Acesso em: 20 de jan. 2023.

RIBEIRO, Juliane Portella *et al*. Aspectos que dificultam o tratamento do adolescente usuário de crack na rede de atenção psicossocial. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 3. 2019. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14449. Acesso em: 20 de jan. 2023.

SILVA, Érika Barbosa de Oliveira *et al*. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. enferm. UERJ**. v, 23. n, 2. 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031386. Acesso em: 20 jan. 2023.

SILVA, Gisele Cristina Fernandes da. O método científico na psicologia: abordagem qualitativa e quantitativa, **Portal dos Psicólogos**, 2010. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0539.pdf. Acesso em: 06 jan. 2023.

UNITINS. **Levantamento domiciliar e institucional sobre o uso de álcool e outras drogas no Estado do Tocantins.** Palmas. TO. 2017. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/380462/. Acesso em: 24 jan. 2023.

UNODC – United Nations Office On Drugs And Crime. **World drug report 2018: Report No.** E.18.XI.9. Vienna: United Nations Publication, 2018.

VERNAGLIA, Tais Veronica Cardoso *et al*. O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em debate**, v. 44. 2021.

Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042020E316. Acesso em: 04 jan.2023.

Pandemia de COVID 19 em Palmas/TO: Enfrentamentos de familiares de usuários do CAPS AD III

COVID 19 pandemic in Palmas/TO: Facing family members of CAPS AD III users

Resumo

O presente artigo é resultado de uma pesquisa de caráter exploratório que buscou conhecer os enfrentamentos de familiares de usuários do CAPS AD III em Palmas-TO- Brasil durante a pandemia de COVID 19. O objetivo é identificar as problemáticas vivenciadas e impactos tanto na saúde mental do usuário em questão, quanto no familiar dele. Para alcançar os objetivos, elaborou-se um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e entrevistou-se individualmente um familiar com maior participação ativa no cuidado e que residia com usuários ativos no CAPS AD III em Palmas - TO antes do início da pandemia (fevereiro de 2020) e que continuaram a ser atendidos pelo CAPS AD III no ano de 2022. Através da pesquisa foi possível inferir que a pandemia trouxe diversos enfrentamentos as famílias em diversos âmbitos, tais como: sociais, econômicos, de saúde, vínculos familiares, entre outros. Este estudo contribui teoricamente com as produções que envolvem a temática família e sua importância no tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, fazendo inferência com a atual conjuntura em busca de compreender como foi desenvolvido esse papel diante da pandemia da COVID 19.

Palavras-chave: Saúde Mental. Relações Familiares. Pandemia. COVID 19. Serviços de Saúde Mental.

Abstract

This article is the result of an exploratory research that sought to understand the family problems of CAPS AD III users in Palmas, Tocantins - Brazil during the 2019 COVID pandemic. The goal is to identify the problems experienced and impacts both on the mental

health of the user in question and on his family. To achieve this, a semi-structured script with open questions was prepared, and a family member who lived with active users and had greater active participation in care was individually interviewed at CAPS AD III in Palmas - TO before the start of the COVID pandemic (February 2020) and who continued to be attended by CAPS AD III in the year 2022. Through the research, it was possible to infer that the pandemic brought several confrontations for the families in different areas, such as: social, economic, health, family ties, among others. This study contributes theoretically to productions involving the family theme and its importance in the treatment of people who make harmful use of alcohol and other drugs, making inferences with the current situation in order to understand how this role was developed facing the COVID 19 pandemic.
Keywords: Mental Health. Family Relation. Pandemic. COVID 19. Mental Health Services.

1. Introdução

No final do ano de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de Pneumonia que estavam acontecendo na cidade de Wuhan, na China. Uma semana depois, em janeiro de 2020, autoridades da China confirmaram que se tratava de um novo vírus da família de coronavírus. Em 11 de março a OMS decretou estado de emergência de saúde pública de interesse internacional, se tratava de uma pandemia, pois a doença já havia alcançado vários países, incluindo o Brasil (OPAS, 2021). Por se tratar de uma doença transmissível por vias aéreas (FIOCRUZ, 2021), medidas foram necessárias para conter a transmissão da doença, entre elas o distanciamento social, que levou à suspensão de atividades com aglomeração de pessoas, afetando diretamente os serviços oferecidos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) em Palmas-TO.

Os Centros de Atenção Psicossocial, estabelecidos pela PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002, são de papel fundamental na evolução e consolidação do novo modelo de saúde mental brasileiro. Atualmente, os CAPS constituem exemplos da implementação de políticas públicas em saúde mental que privilegiam a transição do modelo hospitalocêntrico para uma perspectiva holística, em que o paciente não é retirado de sua família e comunidade para ser desenvolvido um cuidado integral e tem por objetivo promover a cidadania, autonomia, reinserção social, qualidade de vida dos usuários através da assistência em saúde mental (BRASIL, 2011).

Anterior ao período pandêmico, os CAPS ofereciam aos usuários admitidos na instituição atividades terapêuticas, dentre elas:psicoterapia individual ou em grupo, atividades comunitárias, atividades artísticas, oficinas terapêuticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares (FERREIRA,2016).

As consequências do uso de substâncias psicoativas vão além de danos orgânicos e individuais, faz-se então necessário que o tratamento inclua não apenas o paciente, mas também seu grupo familiar (ALVES et al., 2015). Cirilo e Oliveira Filho (2006) realizaram um estudo em que foi analisado as perspectivas de usuários e familiares sobre a participação destes em atividades grupais, chegaram à conclusão de que tendo a família como participante do processo terapêutico, esta pode influenciar a busca de novas possibilidades de atendimento, de

mecanismos que propiciem a autonomia do usuário, o exercício da cidadania e a conquista de direitos.

Percebe-se então, que a família pode atuar de forma significativa em todo o processo de tratamento, propiciando assim melhora evidente quanto ao quadro de abuso de substâncias. Para isso, é necessário que também haja assistência em saúde mental a este público, considerando que normalmente o relacionamento entre usuário e familiar é conflituoso.

Vale ressaltar que mesmo antes da pandemia, a participação dos familiares no tratamento do usuário acarretava maior adesão deste ao cuidado ofertado, pois na família costumam encontrar fatores de proteção, apoio, confiança, consolo e motivação para continuar com o tratamento.

Diante das mudanças ocorridas nos serviços de saúde para evitar contágio do vírus, houve a necessidade de as instituições reverem suas formas de atuação, modificando a rotina, formas de atendimento e o CAPS AD III também precisou se redesenhar neste sentido. Em consequência, os atendimentos dos usuários no serviço foram diretamente afetados, pois a assistência prestada foi limitada pela pandemia.

Este estudo procurou identificar enfrentamentos de familiares dos usuários do CAPS AD III em Palmas-TO durante a pandemia de COVID 19. Como objetivos específicos, almejou-se identificar as problemáticas vivenciadas e os impactos tanto na saúde do usuário quanto no seu familiar. Pretende-se também, demonstrar a importância do tratamento biopsicossocial ao usuário que faz uso de substâncias psicoativas no CAPS AD III, bem como do resgate, manutenção e fortalecimento do vínculo familiar dos mesmos, levando em consideração que antes da pandemia o usuário tinha acesso a diversas atividades individuais e coletivas, as quais foram reduzidas devido às restrições sanitárias e epidemiológicas, restringindo a assistência à este, e fazendo com que ele permanecesse em casa por período integral com sua família.

Consequentemente, os usuários tiveram prejuízos no acompanhamento em seu contexto geral de saúde podendo ter afetado também o seu núcleo familiar. O estudo teve por objetivo identificar a condição dos vínculos familiares e estado de saúde mental da família e usuário, além de detectar a incidência de recaídas dos usuários e mensurar agravo do consumo de substâncias psicoativas.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que busca além de dados numéricos a compreensão da realidade e dos fatores que a determinam. Para alcançar os objetivos deste trabalho, foi realizada pesquisa aplicada cujo objetivo é a investigação do tema de forma aprofundada (MINAYO,2017). Segundo a autora, esta abordagem de pesquisa é concebida com base nas construções humanas, dimensão sociocultural, expressando significados e intensidade, não isenta de parâmetros e normas que possam lhe conferir status de cientificidade.

O estudo é de caráter exploratório, que segundo GIL (2002) é caracterizado por abranger levantamento bibliográfico, entrevistas com maior aproximação do problema (por serem aplicadas à pessoas com experiências vivenciadas acerca do mesmo), exposição de conceitos e ideias com exemplos visando a maior compreensão da informação.

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizada entrevista com roteiro semiestruturado com perguntas abertas elaborado pela autora, amparando-se em pesquisa bibliográfica, foi entrevistado uma pessoa do núcleo familiar de usuários selecionados do CAPS AD III, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Tal instrumento foi elaborado a partir dos objetivos e pressupostos da presente pesquisa, compondo dois blocos principais de interesse da investigação: contexto de saúde mental do usuário (recaídas, consumo, abandono e/ou baixa adesão) e contexto de saúde mental de familiares (sofrimento, óbitos, vínculos).

Atualmente no CAPS AD III há aproximadamente 600 usuários admitidos, sendo estes assistidos e acompanhados por Técnicos de Referência (TR) de cada um dos territórios de saúde de Palmas – TO, o TR, é o profissional de nível superior capacitado em saúde mental que fica responsável - junto com o sujeito – pelo planejamento e acompanhamento do usuário dentro e fora da instituição balizados pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada um.

Considerando tal universo, os participantes do presente estudo serão os familiares de usuários do CAPS AD III que atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa (Familiares que residem com usuários admitidos no CAPS AD III em Palmas - TO antes do início da pandemia e que participavam ativamente de atividades coletivas, oficinas terapêuticas e atendimentos

individuais até fevereiro de 2020; Familiares de usuários que estão sendo atendidos pelo CAPS AD III no ano de 2022; Aceitarem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Para tal, foi selecionada pela pesquisadora uma amostra intencional, que segundo NAGAE (2007), é o tipo de amostra selecionada intencionalmente pelo pesquisador com apenas pessoas que se enquadram nos critérios de pesquisa e objetivo final.

O projeto de pesquisa (PP) foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP). Após,de acordo com a Resolução CNS nº 510/16 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (**CEP**) da FESP, de acordo com parecer CEP:5.731.328.

Após autorização da CAP e do CEP, a pesquisadora solicitou ao CAPS AD III acesso aos dados dos usuários por território de saúde. Tais informações já eram utilizadas pelos Técnicos de Referência na organização do serviço.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, entrou-se em contato com os participantes via telefone através do número informado ao CAPS AD III durante a admissão. Neste momento, os participantes receberam esclarecimentos em relação ao objetivo, benefícios e aspectos éticos da pesquisa.

Após aceitar participar, foi pactuado com o familiar dia e horário em que o mesmo já compareceria ao serviço para algum atendimento ou retirada de medicação na farmácia do CAPS AD III, visando assim não gerar custo de transporte. As entrevistas foram realizadas individualmente, em espaço reservado para tal atividade, garantindo sigilo e privacidade aos participantes.

A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo baseada em Bardin (1977), em que é comparado o conteúdo das falas dos pontos de vista citados pelos entrevistados. Este tipo de análise é compreendido por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações. Na pré-análise, foi feita a organização do material coletado através da transcrição dos áudios sistematizando as ideias iniciais. Na exploração do material, classificou-se as informações por categorias simbólicas ou temáticas desmembrando o texto em unidades/conjuntos, e após, agregar de acordo com características do conteúdo. Por fim, a terceira fase, que compreende o tratamento dos resultados, desenvolveu-se uma vinculação

entre os achados e a fundamentação teórica dentro dos temas relacionados com a pesquisa (SILVA; FOSSÁ, 2015).

3. Análise de Dados

Após ser realizada a análise de conteúdo, alcançou-se as seguintes categorias: Percepção da família sobre o tratamento no CAPS AD III; Problemas econômicos; Prejuízos à saúde mental do usuário; Sofrimento mental familiar e, a última categoria, Vínculos familiares fragilizados. Por fim, depois de apresentados e debatidos os principais achados, os dados são dialogados com a literatura existente e com os objetivos da presente pesquisa.

Foram entrevistadas 8 famílias, representando cada um dos territórios de saúde de Palmas (Apinajé, Kanela, Krahô, Javaé, Karajá, Xambioá, Xerente, Pankararu) e o familiar foi escolhido entre aqueles o que tem maior participação ativa no tratamento do usuário, sendo indicados pelo técnico de referência de cada território. Para preservar a identidade das entrevistadas, foram utilizados nomes fictícios referente aos territórios de saúde de Palmas/TO.

Quanto ao perfil dos entrevistados, percebeu-se que 100% (8) das entrevistadas selecionadas foram do sexo feminino. Essas mulheres possuem diferentes parentescos com os usuários, mas em sua maioria são as mães que atenderam ao critério para participar da pesquisa enquanto pessoa do núcleo familiar que apresenta maior participação ativa no tratamento (6 são mães, 75% das entrevistadas; 1 tia, 12,5% e 1 esposa, 12,5%). Resultado expressivo que pode indicar que o maior engajamento em acompanhar o tratamento e a vida da pessoa que usa abusivamente álcool e outras drogas por parte de mulheres vinculadas a eles, sobretudo de suas mães, ressaltando o quão enraizados são os conceitos que condicionam a mulher a um papel de submissão social e de cuidadora "nata" (ZANELLO,2016).

As familiares entrevistadas apresentaram idade de 50 a 70 anos, sendo que 5 (62,5%) das participantes são casadas ou vivem em união estável, 2 (25%) são viúvas e 1 (12,5%) é solteira. As participantes foram questionados, então, a respeito de sua ocupação, identificando que 4 (50%) das entrevistadas são autônomas, 2 (25%) apresentam algum vínculo empregatício, 1 (12,5%) está desempregada e 1 (12,5%) é beneficiária da previdência.

3.1. Percepção da família sobre tratamento no CAPS AD III

Ao serem questionadas sobre sua percepção acerca do período de início da pandemia em 2020, quando houve redução e limitação de atendimentos no CAPS AD III, as familiares entrevistadas trouxeram de maneira quase unânime que houve aumento no consumo de substâncias psicoativas e maior

incidência de recaídas, como pode ser observado nas falas das entrevistadas:

> *Ele piorou bastante depois que ele parou de vir. Tinha até dado uma melhorada quando estava vindo para os atendimentos. [...] E ele também passou a beber mais no tempo da pandemia* (Xambioá).
>
> *Eu percebi que ele usou mais álcool. Porque sem ir no CAPS para os grupos ele ficou sem nada pra fazer. Antes ele ia pra lá, passava o dia ou meio dia. Aí sem os grupos ele passava o dia em casa só dormindo, quando dava umas 17 horas, era a hora de sair* (Xerente).
>
> *Eu senti diferença no tempo que parou os atendimentos aqui, porque ficando sem vir ele bebe mais, fica 24 horas bebendo* (Javaé).
>
> *Na época da pandemia ele não vinha para os atendimentos, então foi pior. Piorou com certeza o uso das drogas* (Karajá).

Sob outra perspectiva, a entrevistada Apinajé percebeu melhoras no quadro de abuso de substâncias de seu filho:

> *De uns dois anos pra cá, nesse período mesmo da pandemia, estou percebendo que ele está melhor, está usando menos a maconha. Mesmo não tendo os grupos, ele continuou vindo pra cá.*

Em ambos pontos de vista relatados, as participantes relacionaram o nível de envolvimento no tratamento ofertado pelo CAPS AD III com a respectiva redução ou agravo uso de álcool e drogas. Todas as entrevistadas apontaram algum tipo de melhora relacionada ao tratamento neste serviço de saúde mental. Desta forma, nota-se que para os familiares, o CAPS AD III desenvolve papel fundamental de acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários. Portanto, percebe-se que para a família, o cuidado recebido pelo usuário no CAPS AD III é de fundamental importância na manutenção de um quadro estável de saúde mental. Para quem utiliza o serviço, o CAPS AD III é um lugar que mantém as portas abertas para receber as pessoas sempre que elas precisam. Ao respeitar as escolhas dos usuários e atender suas necessidades para além do simples uso de drogas, o CAPS AD III estabelece vínculos com essas pessoas (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2022).

Foi possível perceber a partir das falas dos entrevistados que, para a família, o CAPS AD III também é visto como um lugar de acolhimento, segurança e confiança, conforme transcrições abaixo. Além disso, a participante Apinajé destaca a relevância da atenção à saúde do usuário em sua fala, referindo-se ao período em que o usuário ficou em situação de rua por conta de medida protetiva em favor da mãe.

> *Eu falava pra ele vir aqui para conversar com alguém, porque ele vindo é melhor né? Ocupa a cabeça. É melhor pra ele. Pra ele e pra nós, porque estamos sabendo onde ele está* (Karajá).

Aqui sabemos que ele está seguro. Isso nos dá um alívio (Xerente).

Se não fosse o apoio aqui do CAPS acho que ele teria morrido (Apinajé).

Além disso, algumas familiares trouxeram a importância do suporte à família oferecido pelo CAPS AD III, visto que muitas se veem perdidas e procuram por orientações sobre como lidar com o usuário, conforme expressado pela participante Kanela ao dizer que

[...] Apoio que a gente tem ainda, é só aqui (Kanela).

Embora a maioria das entrevistadas tenham feito apontamentos sobre a relevância do cuidado prestado, notou-se em algumas das falas a percepção da função do CAPS AD III como um serviço de prevenção terciária, focado em tratamento e intervenção. Ao serem questionadas sobre a percepção do consumo de substâncias do paciente em relação ao período investigado, pode-se destacar as seguintes falas:

Ele bebeu algumas vezes, mas não que fosse pra vir pro CAPS (Krahô).

[...] ele estava muito mal, aí eu falei pra ele pedir o acolhimento aqui (Pankararu).

O acolhimento 24 horas é realizado no CAPS AD III quando o paciente necessita de uma assistência para atender às suas demandas de uma forma integral, funcionando como estratégia para que se evite uma internação psiquiátrica. Estas afirmações inferem uma desvalorização do CAPS AD III em sua componente de prevenção à agravos saúde biopsicossocial do usuário, considerando a atenção oferecida teria sua utilidade apenas para quando o paciente estivesse em um estado de crise e não para prevenir o agravamento do quadro. Na realidade, o serviço prestado por esse cenário de saúde compõem a transição do modelo hospitalocêntrico para um aspecto holístico do indivíduo. A equipe do CAPS AD III trabalha com cada indivíduo, desenvolvendo estratégias de assistência moldada no plano terapêutico singular, traçado nas primeiras consultas, no qual o paciente e a equipe definem a melhor forma de lidar com a demanda que surge dentro deste cenário (TEIXEIRA, 2021).

3.2. **Problemas econômicos**

Ao serem questionadas acerca de suas vivências no período da pandemia, algumas entrevistadas trouxeram como foco os problemas econômicos causados em decorrência do isolamento social, principal estratégia de prevenção da doença.

Na questão das vendas do meu negócio, isso piorou bastante, entendeu? Não pude continuar indo

> *vender porque a feira fechou. Antes eu ia 4 vezes na semana para a feira* (Karajá).

> *Assim, a gente passou um pouco de dificuldade, porque minhas clientes sumiram tudo, principalmente nos primeiros 5 meses. Eu sou costureira né? Então só recebo se tiver cliente* (Kanela).

> *Mas eu perdi meu serviço né, eu trabalhava com tempero, vendia na feira 2 vezes na semana. Aí não voltei mais. Sentimos dificuldade financeira, eu pegava um bom dinheirinho* (Pankararu).

Através das vivências relatadas, foi possível perceber que as familiares que citaram os problemas econômicos são a principal fonte de renda da família e são trabalhadoras autônomas informais. Por este motivo, antes do período pandêmico, as familiares já vivenciavam sobrecarga financeira e com as medidas de contenção ao contágio de COVID19 que as impediram de exercer as atividades, as dificuldades econômicas foram agravadas. Os trabalhadores informais foram os mais vulneráveis durante a crise econômica causada pela pandemia por estarem à margem do sistema de proteção social que tem por objetivo proteger o indivíduo de riscos naturais, sociais e econômicos, através de um conjunto de ações do Estado (SANTOS et al, 2020).

Ademais, para a entrevistada Krahô, os problemas financeiros causados pela pandemia foram motivos que desencadearam recaídas do usuário.

> *E eu acho que para ele [esposo] um dos motivos que motivou a beber foi financeiro, por que ele é um pouco descontrolado e afundou em dívidas. Nessa época da pandemia, eu parei de trabalhar porque eu tenho uma lanchonete na escola e todas as aulas foram suspensas. Com isso, ele teve que manter a gente, e começou a fazer uns investimentos sem noção, aí foi onde começou o agravar o vício dessa bebida dele.*

Frente a situações de vulnerabilidade social, desemprego, perda de renda, muitas pessoas recorrem ao uso problemático de substâncias. As consequências socioeconômicas decorrentes da pandemia de COVID 19 potencializou o abuso das substâncias, que pode ser interpretado como uma forma de intenção de alívio do sofrimento vivenciado pelo sujeito. Entretanto, a vulnerabilidade deste é ainda mais agravada por desencadear situações de fragilidade familiar e prejuízos sociais (SANTOS et al, 2020).

3.3. **Prejuízos à saúde mental do usuário**

Ao serem questionadas sobre a saúde mental do usuário do CAPS AD III, as entrevistadas descreveram algumas mudanças de comportamento durante o período observado (2020-2022):

> *Ele teve muitas alterações de comportamento [...] Eu falo que ele é doido, bipolar* (Krahô).

> *Eu acho que ele ficou com a mente bem perturbada, nervoso, fala muito palavrão, a gente não*

pode falar nada com ele (Pankararu).

Algumas entrevistadas trouxeram que durante esse período, o seu familiar, usuário do CAPS AD III, teve piora em seu quadro de sofrimento mental com aparecimento ou agravamento de sintomas psicossociais e crises.

> *Eu percebi que ele está assim: quando ele passa uns tempos sem ver alguém, fica feliz quando a pessoa chega, mas depois ele fica em crise, assim perturbado. São pessoas que ele gosta. Eu acho que pode ser que tem a ver com esse tempo de pandemia, ele ficou só lá dentro de casa, muito tempo sem ver as pessoas. Aí quando começou a ver ele dá crise* (Apinajé).
>
> *Olha eu achei que a saúde mental dele piorou bastante, antes ele não dava essas crises tão intensas* (Kanela).
>
> *Quando veio a pandemia ele ficou um tempo afastado do trabalho e ficava com muito tempo ocioso. Eu vejo que ele tem muita depressão, aí é como se a bebida fosse pra ele ficar mais descontraído, algo assim* (Xambioá).

Os cuidados com a saúde mental em um período adverso precisam ser redobrados, especialmente no caso de pessoas em situação de vulnerabilidade social. O aumento de sintomas de sofrimento psíquico durante a pandemia ocorreu por diversos motivos, dentre eles, as vivências traumáticas relacionadas ao contágio ou morte de pessoas próximos, o estresse induzido pela mudança de rotina devido às medidas de distanciamento social ou pelas consequências econômicas, na rotina de trabalho ou nas relações afetivas e, por fim, o abandono do tratamento por dificuldades de acesso. O distanciamento social modificou os padrões comportamentais da sociedade com encerramento de atividades sociais, prejudicando o contacto próximo entre as pessoas, o que é tão importante para a saúde mental (SILVA,2021).

3.4. **Sofrimento mental familiar**

Ao serem questionadas sobre a saúde mental das pessoas da família que residiram e conviveram com os pacientes durante o período investigado [2020-2022], foram evidenciados em todos os casos prejuízos na qualidade de vida e sobrecarga mental. Algumas entrevistadas citaram sofrimento pelo excesso de preocupação durante a pandemia em relação à doença, como pode ser notado nas falas abaixo.

> *Todos ficamos com a saúde mental abalada! Porque assim, eu tenho arritmia, então eu pensava: se eu pegar isso vou morrer! Eu vivia apavorada! Eu adoeci mentalmente, passava dia e noite limpando as coisas. Meus móveis ficaram todos manchados de tanto limpar com álcool. E meu filho [usuário do CAPS AD III] não parava em casa então eu ficava viajando todo lugar que ele tocava pra limpar tudo. Então, foram tempos bastante perturbados lá em casa* (Xambioá).

> *Para nós foi terrível, porque ele [filho] não sossegava em casa, ele saia direto na rua, não usava máscara, ia beber, e assim, eu não dormia, passava a noite toda acordada esperando ele chegar em casa. Aí eu botava ele pra tomar banho, lavar as mãos, limpava as coisas dele, então pra mim foi péssimo* (Kanela).

Como citado por essas entrevistadas, diante do contexto de pandemia e isolamento social devido ao vírus Sars-cov-2, foi evidenciado aumento de sofrimento psicológico e desgaste mental, já que houveram mudanças na rotina e diminuição do contato social, o qual é importante para a manutenção da saúde mental, experiências traumáticas associadas à infecção ou morte de pessoas próximas, além do aumento do desemprego (ORNELL et al, 2020).

Sob um foco diferente, outras entrevistadas falaram sobre a sobrecarga mental que sentiram por conta do convívio com o usuário e enfrentamentos relacionados ao abuso de substâncias.

> *A nossa saúde mental ficou muito ruim, eu que já tinha depressão perdi até a memória. Tem vezes que eu penso que vou ficar doida. Com 2 cachaceiros dentro de casa. Eu também já pensei até em tirar minha vida de tanto sofrimento, né? (Javaé)*

> *Conviver com ele [filho] nessa situação [abuso de múltiplas substâncias] me acabou, fiquei depressiva, nem vender tô querendo, minha vida parou! (Pankararu)*

> *Não quer viver como gente, nenhum dos irmãos dele quer conviver com ele (Javaé).*

O uso problemático de álcool e outras drogas é uma condição que leva a preocupações e conflitos, o que desgasta as relações afetivas no convívio familiar, em um contexto em que o paciente não está recebendo o suporte de saúde necessário, como no período pandêmico em que as atividades foram limitadas, as manifestações causadas pela dependência química ficam intensificadas (MOTA; PEGORARO, 2018).

3.5. **Vínculos familiares fragilizados**

A partir das entrevistas, foi perceptível que os vínculos do contexto familiar dos usuários do CAPS AD III foram prejudicados durante o contexto pandêmico. Em todos os casos analisados neste estudo houve uma intensificação de conflitos entre os familiares, como pode se observar nas falas abaixo.

> *Meu sobrinho vive na droga e meu irmão na bebida. Aí os dois não se 'bicam'. Minha menina se mete no meio também na hora da briga deles. Ela só tem 12 anos e já tá até dando ansiedade e tendo problemas na escola. Ela não quer ver ninguém brigando* (Javaé).

> *Foi difícil na pandemia, a gente lá isolado e ele só bebendo cachaça, e muitas brigas deles dois [marido e filho usuário do CAPS]. Todos nós sofremos muito com isso* (Xambioá).

O convívio prolongado em decorrência do isolamento social imposto durante a pandemia, provocou uma nova dinâmica familiar levando em alguns casos relatados a uma fragilização nas relações e nos vínculos familiares.

> *Com certeza quando você fica mais próximo da pessoa sempre tem mais conflitos. E na pandemia acho que ficamos mais intolerantes ainda, acostumado a sair e acabou ficando tanto junto assim* (Krahô).
>
> *Eu falei que ele iria pra rua se continuasse com as brigas dentro de casa, não dava para conviver com os xingamentos e brigas né?* (Kanela)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), o isolamento social trouxe uma série de consequências negativas para as pessoas, como aumento da ansiedade, humor deprimido, pensamentos intrusivos sobre doenças ou preocupação e estresse excessivos. Entre os grupos mais suscetíveis a responder intensamente ao estresse apresentado são pessoas com transtorno mental, incluindo os relacionados ao uso de substâncias, público atendido pelo CAPS AD III.

De acordo com Conejo e colaboradores (2020), as famílias, como unidade social básica, configuram o espaço de vínculo primário no qual as pessoas foram convidadas a se confinar para enfrentar a pandemia. Portanto, foi nas famílias que vivenciaram os efeitos da pandemia, mais do que a nível individual. Entre estes efeitos, o confinamento gerou conflitos que fragilizaram vínculos familiares.

4. Conclusão

A partir do estudo realizado, apurou-se que, devido ao período pandêmico, a limitação dos serviços presenciais de saúde mental dificultou o cuidado prestado ao usuário, causando agravo no sofrimento psíquico dos usuários e familiares. Com isso, a necessidade de assistência à sua saúde no serviço do CAPS AD III tornou-se ainda maior, mas devido às restrições de distanciamento social, o cuidado foi prejudicado.

A pandemia da COVID 19 causou impactos significativos nas pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, usuárias dos serviços de saúde mental. Através das entrevistas foi possível perceber que a pandemia trouxe diversos enfrentamentos para suas famílias em diversos âmbitos, tais como: sociais, econômicos, de saúde, vínculos familiares, entre outros.

De um modo geral, há entre as famílias uma grande dificuldade para administrar e conviver com os problemas cotidianos relacionados ao convívio com o seu membro familiar usuário de substâncias psicoativas. Percebeu-se uma percepção positiva sobre os atendimentos no CAPS AD III em Palmas/TO,

compreendendo este local como um espaço de acolhimento e apoio tanto ao usuário como à família. Entretanto, ainda existe uma perspectiva da função do CAPS como um serviço de prevenção terciária, focado em tratamento e intervenção, enquanto o enfoque deste está em desenvolver estratégias e cuidados que visam a prevenção de surgimento ou agravamento de problemas de saúde mental.

Economicamente, todas as famílias pesquisadas relataram algum prejuízo de ordem financeira, oriundo da pandemia da COVID 19, gerando assim agravo socioeconômico, aumentando o grau de vulnerabilidade social.

Em consequência aos enfrentamentos vivenciados pelas familiares entrevistadas no contexto pandêmico, pode-se perceber uma fragilização dos vínculos familiares, que anterior ao período de pandemia já existia, mas foi intensificada pelo isolamento social intensificou essa fragilidade, prejudicando o quadro de saúde mental tanto da família quanto dos usuários.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa permitirão aos gestores realizar tomadas de decisões orientadas por evidências, contribuindo com o planejamento de ações voltadas para a melhoria na qualidade dos cuidados ofertados no contexto pós-pandêmico aos usuários e familiares assistidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Palmas-TO. É importante que se desenvolva ações estratégicas com objetivo de fomentar a participação ativa de familiares no serviço, incentivar a execução de oficinas de geração de renda, aumentar as articulações intra e intersetoriais a fim de alcançar um cuidado integral envolvendo outros graus de atenção a saúde e outras polítcas públicas e sociais principalmente no enfrentamento às questões econômicas e sociais.

Os benefícios poderão se estender tanto aos participantes (diretos), bem como, para toda comunidade (indiretos). Dessa forma, entende-se que além da contribuição científica, a presente pesquisa apresenta um caráter social e de possível reorganização dos serviços ofertados a fim de auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas no setor da gestão e da assistência.

Referências

ARAÚJO, Areta Muniz; DE AZEVEDO, Ana Raquel Dantas; DE AZEVEDO, Valéria Dantas. Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de caicó em tempos de pandemia, 2021. **III Congresso Nacional de Inovações em Saúde (CONAIS)** Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-fcf87214e20cef6313913f2b85c48d1ae6d4b5d0-segundo_arquivo.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. **Lisboa: Edições 70**, 1977. Disponível em: https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf. Acesso em: 05 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 dez. 2021.

CONEJO, Luis Diego; CHAVES, Pablo; GONZALEZ, Sara. As famílias e a pandemia COVID-19. **Educare, Heredia**, v. 24, supl. 1, p. 37-40, Dec. 2020. Disponível em: http://revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/481. Acesso em: 19 dez. 2022.

FERREIRA, Jhennipher Tortola et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eraldo-Batista/publication/334098659_Os_Centros_de_Atencao_Psicossocial_CAPS_Uma_Instituicao_de_Referencia_no_Atendimento_a_Saude_Mental_The_Care_Centers_Psychosocial_Caps_a_Reference_Institution_on_Call_to_Mental_Health/links/5d166f4b299bf1547c8710b4/Os-Centros-de-Atencao-Psicossocial-CAPS-Uma-Instituicao-de-Referencia-no-Atendimento-a-Saude-Mental-The-Care-Centers-Psychosocial-Caps-a-Reference-Institution-on-Call-to-Mental-Health.pdf. Acesso em: 19 dez. 2021.

FIOCRUZ (Brasil). COVID-19 Manejo da infecção causada pelo novo coronavírus. 2021. Disponível em: <http://revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/481>. Acesso em: 19

dez. 2021.

GIL, Antônio Carlos. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 44-45, 2002. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/38881088/como_classificar_pesquisas.pdf> Acesso em: 18 dez. 2021.

LACERDA, Clarissa de Barros e FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2017, v. 21, n. 61. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2017.v21n61/363-372/pt/> Acesso em: 15 jan. 2022.

MATOS, Sabrina. Participação da família no processo de tratamento do dependente químico. **Uniedu** (SC), 2017. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/15211380026ba3e8f189dbf169bbdd23.pdf> Acesso em: 09 janeiro. 2022.

MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <http://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82> Acesso em: 06 jan. 2022.

MOTA, Salizza Duarte; PEGORARO, Renata Fabiana. Concepções de familiares sobre um centro de atenção psicossocial. **Pesqui. prát. psicossociais**, São João del-Rei , v. 13, n. 2, p. 1-17, Aug. 2018. Disponível em: < http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/2988> Acesso em: 08 jan. 2023.

NAGAE, Cátia Yumi. Amostragem intencional. 2007. Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo**. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/45/45133/tde-06122007-205037/en.php> Acesso em: 26 dez. 2021.

OLIVEIRA, D.; LUIZ NÉRIS CAETANO, G. Residência multiprofissional em saúde mental do adulto: modos de reinventar as práticas no contexto da pandemia causada pela Covid-19**. Health Residencies Journal** - HRJ, v. 2, n. 11, p. 42-61, 26 abr. 2021. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/135> Acesso em: 22 dez. 2022.

ORNELL, FELIPE et al. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 12-16, 2020. Disponível em: <https://www.revistardp.org.br/revista/article/download/35/23> Acesso em: 18 dez. 2022.

OPAS (Brasília). Organização Mundial da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. 2021. Disponível em: < https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19> Acesso em: 02 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2022, 2 de março). Saúde mental e COVID-19: evidências iniciais do impacto da pandemia: resumo científico. Disponível em: <WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/Mental_health/2022.1> Acesso em: 03 jan. 2023.

SCHNEIDER, Eduarda Maria; FUJII, Rosangela Araujo Xavier; CORAZZA, Maria Júlia. Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências**. Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 9, p. 569-584, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/157> Acesso em: 28 dez. 2021.

SILVA, A. L. O AVANÇO DA DOENÇA MENTAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 123, 2021. DOI: 10.51161/rems/2883. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rems/article/view/2883>. Acesso em: 22 dez. 2022.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 12. Disponível em: < http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1260/trabalho-saude-e-vulnerabilidade-na-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 22 dez. 2022.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/230850796.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. CAPS AD: A Relevância dos Serviços e as Contribuições da Psicologia/CAPS AD: The Relevance of Services and the Contributions of Psychology. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 15, n. 54, p. 699-712, 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/3012/4712/11982>. Acesso em: 21 dez. 2022.

ZANELLO, Valeska. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia. 2016. **Repositório Universidade de Brasília**. Disponível em: < https://repositorio.unb.br/handle/10482/24590>. Acesso em: 7 jan. 2023.

Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: percepção de profissionais de saúde

Assessment of adherence to treatment of patients in a Psychosocial Care Center Alcohol and other Drugs: health professional's perception

Resumo

A adesão do usuário de substâncias psicoativas ao tratamento em Saúde Mental é um dos principais elementos para sua eficácia. Porém, existem fatores extrínsecos e intrínsecos que levam o paciente a não aderir de forma efetiva ao que é proposto e contratado. Desta forma, o presente trabalho tem por finalidade identificar a percepção da equipe de saúde do CAPS AD III de Palmas-TO em relação à adesão dos pacientes ao tratamento. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de natureza qualitativa e com caráter exploratório, tendo como procedimento metodológico o estudo de campo em que será realizado. Foram realizadas entrevistas com profissionais do referido CAPS, com o auxílio de um questionário semiestruturado. Foram avaliados e discutidos alguns dos fatores que interferem na adesão do paciente ao tratamento, fatores esses intrínsecos ou extrínsecos à eles. Pretendemos, com o presente artigo, contribuir para a reflexão e a reorientação da prática profissional no serviço de saúde, a partir da construção, produção e ampliação de conhecimentos acerca de algumas das causas que interferem diretamente na adesão ao tratamento.

Palavras-Chave: Centro de Atenção Psicossocial. Adesão ao tratamento. Profissionais de saúde. Usuários de substâncias psicoativas.

Abstract

User adherence of psychoactive substances to mental health treatment is one of the main elements for its effectiveness. However, there are extrinsic and intrinsic factors that lead the patient not to adhere effectively to what is proposed and contracted. In this way, the present work aims to identify the perception of the CAPS AD III health team in Palmas-TO in relation to patients' adherence to treatment. This is an applied research, of a qualitative and exploratory nature, having as methodological procedure the field study in which it will be carried out. Interviews were conducted with professionals from the aforementioned CAPS, with the aid of a semi-structured questionnaire. Some of the factors that interfere with the patient's adherence

to treatment were evaluated and discussed, whether intrinsic or extrinsic to them. With this article, we intend to contribute to the reflection and reorientation of professional practice in the health service, based on the construction, production and expansion of knowledge about some of the causes that directly interfere with adherence to treatment.

Keywords: Psychosocial Care Center. Adherence to treatment. Health professionals. Users of psychoactive substances.

Introdução

O uso de substâncias químicas (SQ) não é uma prática recente no repertório humano, e sim um evento milenar e universal. O que antes era considerado pela sociedade um desvio de personalidade, após análise de dimensões biológicas, sociais e culturais do ser humano, passou a ser descrita como um transtorno composto por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que podem alterar certos valores pessoais, familiares e sociais (PRATTA; SANTOS, 2009; CAPISTRANO et al., 2013; FERREIRA et al., 2015).

A dependência química é caracterizada como um transtorno crônico e multicausal, com perfil de uso compulsivo e sem controle de substância psicoativa (SPA) que produz efeitos díspares no sistema nervoso central. Algumas vezes o transtorno produz sofrimentos clínico, ocupacional ou social, resultando em consequências nos mais diversos âmbitos da vida do indivíduo (MARINI, 2011; CAPISTRANO et al., 2013; FERREIRA et al., 2015). Pratta e Santos afirmam que “além da necessidade de buscar constantemente a droga, a dependência causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais” (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 208). Dessa forma, a substância passa a ter um papel central na vida do sujeito, preenchendo lacunas importantes e tornando-se imprescindível para seu funcionamento psíquico.

Tratar das questões que remetem ao uso abusivo de SPAs implica discutir não só questões orgânicas e psicológicas envolvidas, mas também a confluência com fatores biológicos, os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno, além das consequências físicas, psíquicas e sociais da mesma (PRATTA; SANTOS, 2009; DIEHL et al., 2018).

A compreensão dos aspectos físicos, psíquicos e sociais é fundamental para se pensar na questão do tratamento e do cuidado, principalmente quando se avalia a eficácia dos mesmos, pois o conhecimento produzido sobre o fenômeno não pode estar desvinculado do contexto

mais amplo no qual são produzidas as representações que sustentam e organizam a vida social, conferindo sentido às ações humanas. Não basta que se identifique e trate os sintomas, mas é preciso identificar as consequências e os motivos que levaram a essa dependência, pensando sempre no indivíduo em sua totalidade, para que possa ser ofertado outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em sua relação com as SPAs (PRATTA; SANTOS, 2009).

Definir o diagnóstico exige a avaliação de várias particularidades, uma vez que os parâmetros de consumo de substâncias psicoativas são diversificados. Além disso, o tratamento é algo prolongado, pois romper o ciclo de dependência é algo muito difícil e delicado. Os sujeitos vivenciam sofrimentos físico e psíquico intensos, tendo sua vida afetada, e também suas famílias, amigos e comunidade de uma forma geral.

Apesar dos avanços e conhecimentos adquiridos, o tratamento ainda é um desafio e requer uma equipe multidisciplinar coesa e com conhecimentos acerca das terapias disponíveis. Diversos são os tipos de tratamentos, tais como uso de psicofármacos, abordagem psicossocial, terapias em grupo, individuais, com a família e a reinserção no mercado de trabalho. Assim, a condução de um programa terapêutico para o indivíduo exige uma avaliação individual, uma vez que não existe um modelo que seja adequado para todos os pacientes (PRATTA; SANTOS, 2009; DIEHL et. al, 2018).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) é um serviço de saúde pública e Saúde Mental especializado no tratamento de indivíduos com problemas causados pelo uso abusivo ou dependência de SPAs. Ele é regulamentado pela Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), sendo um dos componentes da rede de atenção às demandas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

No CAPS AD III estudado, o tratamento é feito por atividades terapêuticas e preventivas, tais como atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e de orientação), atendimento em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias, entre outros.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, em seu artigo 7º, estabelece:

> Art. 7º , § 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com

> necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.
> § 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.
> § 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2011, p. 4).

A adesão é um dos principais determinantes da eficácia do tratamento, pois ela favorece exponencialmente a possibilidade de sucesso no controle de um problema crônico (NEMES et al., 2009). Nesse sentido, ela pode ser definida como uma mudança de comportamento diante da participação no tratamento (MARINI, 2011).

A adesão ao tratamento sofre interferências de inúmeras variáveis relacionadas ao próprio sujeito, fatores socioeconômicos, sistema e/ou equipe de saúde e características do transtorno. Embora um dos objetivos iniciais do tratamento seja a redução ou a abstinência do uso de SPAs, nem sempre isso é suficiente para garantir resultados positivos a longo prazo. Desta forma, um tratamento eficaz deve atender as múltiplas necessidades do sujeito e não apenas ao abuso de substâncias psicoativas (NEMES et al., 2009; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; MARINI, 2011).

Ferreira et. al (2015) destacam que, em muitas situações, a adesão ocorre por pequenos períodos de tempo que possibilitam ao usuário maior motivação para a reabilitação, prevenção de lapsos e recaídas e a reinserção social. Todavia, o abandono do tratamento é um evento frequente. Acredita-se que a corresponsabilização e a contratualização do tratamento com o usuário são elementos que podem influenciar significativamente na adesão ao tratamento.

A adesão ao tratamento é definida pela Organização Mundial de Saúde como “o grau em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde” (WHO, 2004, p. 17). Apesar de ser notória a importância da adesão ao tratamento no processo de reabilitação, percebo em minha atuação profissional o seu baixo índice. Após o início do tratamento, a continuidade tem curso difícil pois, à medida que os usuários enfrentam obstáculos como o lapsos e recaídas, poucos conseguem se manter abstinentes e aderir ao tratamento (FERREIRA et al., 2015).

Por sua magnitude, a não adesão ao tratamento constitui-se um problema de saúde responsável por inúmeros prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares, dentre eles o agravamento do transtorno, desgaste familiar e internações evitáveis. Desta forma, entende-se que investigar essa temática possibilita a reflexão e a reorientação da prática profissional no serviço de saúde, a partir da construção, produção e ampliação de conhecimentos acerca dos fatores que interferem diretamente na adesão ao tratamento, ponderando um aumento na adesão e na qualidade de vida desses pacientes (FERREIRA et al., 2015).

Objetivamos identificar a percepção da equipe de saúde do CAPS AD III de Palmas-TO em relação à adesão dos pacientes ao tratamento em Saúde Mental. Tivemos, ainda, os objetivos específicos de discutir fatores determinantes para a adesão ou não ao tratamento, discutir e analisar as compreensões dos profissionais quanto às possíveis ações necessárias para melhorar adesão do paciente ao tratamento.

Caminho metodológico

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) e, após, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos, a Resolução CNS nº 510/16 que normatiza as pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais e a Resolução CNS nº580/18 que normatiza pesquisas no SUS (BRASIL, 2012, 2016, 2018).

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de natureza qualitativa e com caráter exploratório, tendo como procedimento metodológico o estudo de campo (GIL, 2008), onde foram realizadas, no ano de 2022, entrevistas com questionário semiestruturado.

Atualmente, o CAPS estudado conta com 11 profissionais da equipe multiprofissional, incluindo médicos, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional, 16 profissionais da equipe de enfermagem, 7 profissionais da equipe administrativa e serviços gerais e 14 residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Os participantes selecionados como amostra foram escolhidos de forma intencional, por amostra não aleatória, por julgamento, que, segundo Freitag (2018), envolve o juízo do pesquisador de campo para selecionar, na população, integrantes que sejam boas fontes de informação para os propósitos do processo. Desta forma, participaram do estudo profissionais chamados de “técnicos de referência”, ou seja, aqueles que atendem diretamente os pacientes. Os critérios de escolha foram: pertencer à equipe multiprofissional e desenvolver ações de

saúde diretamente com pacientes. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estivessem de licença ou férias nos dias da coleta de dados.

Os profissionais foram convidados durante a reunião de equipe, momento em que todos se juntam para avaliações do processo de trabalho. As entrevistas foram realizadas de forma individual, em espaço disponível e reservado para garantia do sigilo e da privacidade, no próprio serviço. Os depoimentos foram gravados com aparelho digital.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, contendo 5 perguntas diretivas, elaborado pelas autoras, adaptado e fundamentado a partir de pesquisas bibliográficas. Foram elas:

1- Na sua opinião quais fatores, intrínsecos e extrínseco ao paciente, favorecem a adesão ao tratamento no CAPS AD III pelos usuários?
2- E, na sua opinião, quais fatores, intrínsecos e extrínseco ao paciente, dificultam a adesão ao tratamento?
3- Na sua avaliação, qual o perfil de pacientes que menos aderem ao tratamento oferecido pelo CAPS AD III, avaliando faixa etária, socioeconômica, ocupação e sexo?
4- Na sua percepção como profissional, o que pode ser feito para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento?
5- A literatura traz como principais fatores que causam diretamente interferências na adesão do paciente ao tratamento, positiva ou negativamente:

   Fatores intrínsecos: Motivação ( ), uso de medicamentos ( ), tipo de substância consumida ( );

   Fatores extrínsecos: Influência familiar ( ), condições socioeconômicas ( ), ambiente em que está inserido ( ), serviço de saúde ( ).

   Qual desses elementos você classificaria como o primeiro de maior impacto na vida do paciente? Como seria o ranking, do com maior interferência para o com menor interferência?

Os resultados dessa pesquisa pretendem contribuir para a qualificação da tomada de decisões por parte da equipe quanto à adesão dos pacientes aos tratamentos oferecidos pelo CAPS, bem como a reavaliação de condutas atualmente tomadas pelos profissionais de saúde. Pretende-se também inspirar o desenvolvimento de ações que visem aumentar a adesão dos pacientes admitidos e, ainda, colaborar com a produção científica na área.

A análise dos dados foi feita em 3 etapas, por meio da proposta de análise de conteúdo baseada em Bardin (1988) e Minayo (2001). Na pré-análise, foi feita a organização do material coletado através da transcrição dos áudios. Na exploração do material, o texto foi desmembrado em unidades e reagrupado em categorias para a realização das análises. na fase final, transcorreu-se uma articulação entre os achados e a fundamentação teórica, dentro das categorias temáticas originadas (CAREGNATO; MUTTI, 2006; SOUZA JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010; FERREIRA et al., 2015).

Resultados e discussão

Foram entrevistados 8 Técnicos de Referências (TR) na instituição pesquisada. Dentre eles, havia 3 assistentes sociais e 5 psicólogos. Para estes últimos, considera-se adesão a partir do quarto mês do tratamento. A adesão é julgada boa se o paciente permanece no serviço seguindo as recomendações dos profissionais que o atendem.

Após transcrição dos dados coletados, foi possível organizar as respostas dos entrevistados em duas macro categorias: "fatores intrínsecos ao paciente que interferem na adesão ao tratamento" e "fatores extrínsecos ao paciente que interferem na adesão ao tratamento". Elas serão descritas e analisadas a seguir.

1- Fatores intrínsecos ao paciente que interferem na adesão ao tratamento

Entre os fatores intrínsecos ao paciente que interferem diretamente em sua adesão ao tratamento, o mais citado pelos entrevistados, totalizando 8 respostas, é o comprometimento do usuário e sua percepção sobre o prejuízo do uso da substância psicoativa em sua vida.

Para ilustrar nossas análises, traremos algumas falas de entrevistados sobre as questões propostas. O critério de escolha dos trechos se deu pela relevância deste para as discussões propostas nas categorias citadas acima.

Os entrevistados trouxeram que:

> [..] eles [usuários] sempre pedem para a gente estar fazendo o passe-livre [dispositivo que permite circular gratuitamente de ônibus pela cidade]. Quando está dentro dos critérios e a gente faz o "passe-livre", sabe o que acontece? Eles somem. Quando eles têm acesso ao passe-livre eles vem menos mesmo. Eles acabam perdendo o interesse, só cumpre o PTS [Projeto Terapêutico Singular] quando a gente liga e fala: 'olha, se você não cumprir o PTS, a gente vai [...] suspender'. E ameaça, para eles cumprirem o PTS, porque o passe-livre é justamente para eles virem (TR1).

> Primeiro, a percepção sobre o prejuízo relacionado ao uso de substância [...] sempre é do usuário, porque quando ele quer mesmo, quando ele decide se cuidar, aí funciona (TR3).
>
> O usuário tem que querer estar aqui, ele tem que querer estar participando das atividades, ele tem que querer fazer o tratamento proposto, porque se ele não quiser, não funciona (TR6).
>
> É difícil às vezes a pessoa se dar conta da necessidade. Ele só se dá conta quando algo muito significativo acontece na vida dele, e muitas vezes isso acaba não acontecendo. Tem dificuldade de perceber o prejuízo (TR8).

As falas acima corroboram com o que diz Monteiro et. al (2011) de que a continuidade do tratamento pode ser considerada difícil de atingir, pois quando aparecem os obstáculos, como, por exemplo, as recaídas, poucos usuários conseguem permanecer no serviço. Faz-se necessário, antes de tudo, que o paciente se conscientize do problema e dos agravos que este causa, tais como dificuldades na vida profissional, nos relacionamentos e convívio familiar, entre outros (MONTEIRO et. al, 2011).

Reafirmando a importância do comprometimento e da percepção sobre o prejuízo do abandono do tratamento, os participantes evidenciaram que muitos pacientes iniciam o tratamento em virtude de influências externas, como, por exemplo, pressão familiar e de amigos, comorbidades clínicas, ordens judiciais. Desta forma, não se sentem realmente motivados para se tratarem, como apontam alguns entrevistados.

> Quanto mais comprometido com o tratamento, mais comprometido com o seu quadro, sua melhora, mais orientado, ele tem essa questão de aderir mais. Tem usuários que estão aqui por demanda judicial, então eles só vêm porque eles são obrigados. A partir do momento que eles deixam de ser obrigados, eles não vêm, eles somem, desaparecem. [...] Quando o usuário vem porque ele quer, por conta própria, a adesão é muito maior. É meio que uma questão andragógica, quando o usuário, quando a pessoa percebe, quando ela sabe o que quer, quando ela se interessa, ela tem a tendência a ter uma adesão maior (TR1).
>
> A gente precisa sempre trabalhar com a visão de que o tratamento é ofertado para quem deseja se tratar, para quem deseja estar aqui (TR2).

Embora os entrevistados falem sobre a falta de comprometimento e prejuízo do abandono do tratamento por parte do usuário, eles também ponderam que o paciente vai ao serviço quando precisa de medicamentos e consultas psiquiátricas. Isso reforça a ideia de que o tratamento em Saúde Mental ainda é fortemente marcado pela centralidade medicamentosa.

> Uso de medicamentos, é o que eles mais querem, mesmo a gente falando que a medicalização não é o único caminho, eles vêm principalmente pela medicalização e consulta psiquiátrica (TR1).
>
> Também muitas vezes colocam muitos empecilhos, porque às vezes tem condições de vir, mas aqueles que não aceitam que eles são uns usuários, que eles são dependentes químicos, são dependentes, eles acabam se auto-bloqueando e vindo só à base do medicamento. 'Ah, eu vou vir para consulta médica, mas eu não sou'. Então, com isso acaba dificultando um pouco nós aderir um trabalho mais avançado com eles (TR5).
>
> Eles gostam de vir aqui por causa da medicação, atrai o paciente, pelo menos aqui na realidade de Palmas, e no CAPS AD III. Muitos deles até preferem que seja um tratamento somente medicamentoso, consulta com o médico, pega a medicação e vai para casa, a gente que ainda continua batendo na tecla que não é só a medicação que resolve [...], e aí a gente acaba ofertando outros tipos de atividades e atendimentos com diversas categorias para além da médica e farmacêutica (TR6).
>
> Há uma forte dificuldade de adesão do serviço, principalmente porque o paciente traz a ideia de uma solução mágica para as questões da vida, ele normalmente tem dificuldade de aderir ao dispositivo mais intensivo, ele adere mais ao dispositivo passivo, que é a questão da medicação, questão de que algo vai modificar a vida, algo vai fazer com que a vida fique melhor para o lado dele, mas o que ele tem dificuldade é de entender o processo da vida (TR8).

Percebe-se que os entrevistados trazem elementos que nos fazem pensar na "substituição" de uma substância pela outra. Ou seja, da substância que leva o usuário ao tratamento pelo remédio prescrito pelo médico. Ou seja, sua questão continua sendo com a substância psicoativa, e não com sua própria implicação em suas escolhas e em sua vida.

Ferreira et. al (2015) afirmam que um dos fatores que influenciam diretamente na adesão ao tratamento é o uso de medicamentos, visto que alguns usuários têm a ideia enganosa de que somente assim conseguirão a reabilitação e, por isso, não aderem ao restante das atividades propostas pelo serviço. Contudo, o tratamento medicamentoso é apenas um dos recursos terapêuticos que devem ser usados com estratégias para mudanças comportamentais (FERREIRA et. al, 2015).

Outro aspecto apontado pelos entrevistados foi a vergonha de o usuário ir ao serviço após episódios de recaídas, ou seja, quando ele tenta ficar abstinente e não consegue. O paciente não retorna por medo de julgamentos devido às expectativas anteriormente estabelecidas por ele e pelos profissionais do serviço. Alguns dos entrevistados afirmam que muitos usuários chegam

ao CAPS acreditando que os problemas estão todos resolvidos, que não haverá recaídas. Quando isso acontece, o usuário não volta por vergonha e temor do julgamento:

> Às vezes ele fica envergonhado com relação ao serviço pela recaída e não retorna ao serviço, mas é uma coisa de administração pessoal (TR2).

Por esse motivo, é importante deixar explícito ao usuário que ele:

> Não vai ser julgado, vai ser acolhido, recair faz parte da sua trajetória e trabalhar com ele aquilo que ele quer. É redução de danos, é a questão da abstinência. Então, tentar direcionar aquilo que deixa ele mais confortável com o tratamento (TR4).

Outro fator intrínseco citado pelos entrevistados foi sobre questões psicológicas que envolvem a adesão ao tratamento. Segundo eles,

> [...] de algumas formas a gente também precisa reconhecer as questões psicológicas, que envolve todo esse processo de substâncias psicoativas. Acredito que a falta de adesão ou o abandono, alta por abandono, seja mais devido às questões intrínsecas, que são as questões psicológicas. A gente tem as questões de frustração, quando a gente começa trabalhar a psicoterapia [...], a gente começa tocar pontos que às vezes a pessoa não quer, não deseja, então pode-se ter um abandono ali naquela situação porque ele não está preparado para tratar naquele momento. Se for um técnico de referência que acompanha e perceba isso, pode introduzir ele em outras atividades que não seja psicoterapia, porque a gente também precisa ter esse feeling, de que a pessoa não está preparada para aquela intervenção específica, mas está preparada para outro grupo (TR2).
>
> [...] pelas questões que os pacientes trazem, as questões psíquicas e o sofrimento, das angústias, eles têm uma correspondência com o uso da substância, no sentido de que, conforme eles trazem um bem estar momentâneo, e é isso que eles buscam quando vão fazer uso. Então isso dificulta o tratamento e a adesão também, porque às vezes eles preferem recorrer ao recurso do uso de drogas, do uso de substâncias, ao se abrir para as questões do sofrimento em si e de resolver as questões sociais da própria vida (TR3).

Sobre isso, Gomes et.al (2015) afirma que é na ruptura, na percepção do fracasso e dos sofrimentos diários, no confronto entre o que se quer e o que não se quer, que surge a compreensão do possível, do planejamento viável. Para isso, a decisão por mudança é, na verdade, a junção entre dois fatores: a consciência do problema, com consequente reflexão do mesmo, e o desejo de mudança. Não é possível iniciar um projeto de mudança, sem que seja atendida essa condição (GOMES et. al, 2015).

Algo em comum nas falas de muitos entrevistados é uma tendência de que eles se responsabilizam pela falta de adesão dos pacientes ao tratamento. Isso é bastante problemático, porque vai contra a proposta maior da Reforma Psiquiátrica que é acreditar que o próprio sujeito pode ser capaz de se responsabilizar pela sua vida, suas escolhas, suas relações – o que inclui seu tratamento. A questão é: porque o sujeito praticamente não foi abordado, na maioria das

falas dos entrevistados, como um dos responsáveis por sua não adesão ao tratamento? E mesmo quando abordado houve uma tentativa de amenizar tal responsabilidade.

Muitos são os fatores próprios ao usuário que dificultam ou impossibilitam a adesão ao tratamento. Os entrevistados foram generosos em pensar sobre eles e em nos apresentar seus pontos de vista. A seguir, prosseguiremos refletindo sobre os fatores extrínsecos, ou seja, aqueles que não necessariamente dependem apenas do usuário.

2- Fatores extrínsecos ao paciente que interferem na adesão ao tratamento

Segundo Paiano et. al (2019), a dificuldade de acesso ao CAPS AD estudado foi citado como fator dificultador na manutenção do tratamento. Para eles, esta dificuldade decorre do fato de existir apenas um CAPS AD no município em análise na publicação e o mesmo estar localizado distante do centro da cidade.

O mesmo problema foi apontado pelos entrevistados em relação ao CAPS estudado na presente pesquisa. Um deles afirma que

> [...] um fator extrínseco é a distância. Esse CAPS aqui na região norte facilita para a população do plano diretor, para essa região mais centralizada. Mas o pessoal do extremo sul, Taquaralto, Taquaruçu, Buritirana, eles têm mais dificuldade de aderir por causa da distância do CAPS (TR1).

Nesse sentido, percebe-se mais um problema de gestão, que diz respeito à necessidade de reavaliação da quantidade de unidades ofertadas na cidade e até mesmo da expansão da equipe do CAPS AD que já existe. A cidade já conta com uma população estimada de 313.349 habitantes, segundo dados do IBGE de 2021, e percebe-se que a equipe e a unidade é insuficiente para contemplar todas as necessidades de uma população tão volumosa.

Para amenizar o problema da distância entre a unidade e o usuário, foi falado, durante as entrevistas, sobre a necessidade dos profissionais se aproximarem mais do território e conhecer as possibilidades oferecidas nele para o paciente. A TR6 diz que

> [...] deveria estar acompanhando um pouco de perto essa forma como ele vive, como ele trabalha, como se relaciona fora daqui, mas nem sempre a gente consegue fazer isso, porque às vezes a gente é sucumbido pelo serviço e não tem como. Por exemplo, ir no território, fazer uma visita domiciliar, fazer uma visita à unidade básica de saúde dos usuários (TR6).

As próprias políticas públicas preconizam isso, como nos traz o artigo 2º da Portaria nº 3.088: “[...] desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania [...] ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares”

(BRASIL, 2011). Desta forma, trabalhar no território não pode ser visto como um serviço dispendioso, mas sim como algo necessário para a real reinserção do paciente no seu cotidiano de forma saudável e acompanhada.

Da mesma forma, Freire e Yasui (2022) reforçam a necessidade de se trabalhar no território ao afirmarem que o CAPS, com seu horário de funcionamento é incapaz de dar conta de um sofrimento que é diário e contínuo. Para eles, mesmo os CAPS III, que funcionam 24 horas por dia, não podem tornar-se ilhas de cuidado. Assim como as pessoas podem fazer uso prejudicial de álcool e outras drogas, também podem fazer uso prejudicial do CAPS. As compulsões adoecem, inclusive, a própria equipe, que se sente responsável por "salvar o mundo" e que se culpabiliza quando não alcança tal ato, assim como afirma um dos entrevistados:

> Falta como se fosse algo para quando eles saírem daqui. Acho que falta mais a presença da equipe, acionar outros setores para ficar acompanhando em casa, no território mesmo. Porque o risco deles recaírem ao uso das substâncias que eles fazem uso é muito grande. Como eles vão se posicionar diante de uma situação com um amigo, uma situação com um familiar que está próximo, será que eles vão conseguir? então acho que tendo uma assistência no território, uma assistência também mais voltada ao ambiente familiar. Não só eles virem aqui, acho que deixa um pouquinho também, porque às vezes vai no território, mas se tiver uma demanda de Ministério Público, se tiver uma demanda que precisa ir, acho que ir, fazer uma ação com o usuário que saiu tal dia daqui, e ver como está a qualidade de vida dele lá na família, ver como está ele lá (TR6).

Muitos também trazem o problema da vulnerabilidade social como dificultador da adesão ao tratamento. Trata-se de um paradoxo: se o sujeito está em situação de vulnerabilidade, isso por si só não facilitaria a adesão a um equipamento de saúde em que ele seria cuidado pelo Estado?

Alguns trouxeram em suas falas que, devido à vulnerabilidade vivida por muitos usuários, estes utilizam o serviço como um meio para conseguir benefícios sociais que garantam ou melhorem sua subsistência. Como afirma a TR1 em uma fala já citada:

> [...] eles [usuários] sempre pedem para a gente estar fazendo o passe-livre [dispositivo que permite circular gratuitamente de ônibus pela cidade]. Quando está dentro dos critérios e a gente faz o "passe-livre", sabe o que acontece? Eles somem. Quando eles têm acesso ao passe-livre eles vem menos mesmo (TR1).

A mesma entrevistada traz também que o quesito da vulnerabilidade social versus adesão se dá pelo fato de que, quando o paciente precisa desembolsar valores em dinheiro para o deslocamento até o serviço, no final do mês esse valor faz diferença na renda e sustento familiar.

> As questões socioeconômicas, que impedem dele sair do ambiente que ele está inserido para vir até o serviço de saúde (TR6).

Corroborando com tal pensamento, Ferreira et. al (2015) diz que as condições socioeconômicas são fatores intimamente relacionados à baixa adesão ao tratamento, uma vez que alguns pacientes não podem se ausentar do seu trabalho, pois necessitam manter a renda familiar; e até mesmo por não possuírem recursos financeiros para a locomoção até o CAPS.

O ambiente em que vive e circula o usuário pode influenciar o risco para o uso recorrente de substâncias. Desta forma, a população em situação de rua apresenta maior risco de uso e menor adesão ao CAPS, devido às suas condições extremas de vulnerabilidade. O tratamento não é prioritário em suas vidas. A TR4 alude que

> [...] estar em situação de rua [dificulta], a gente vê que tem muito usuário que está determinado a parar com o uso, mas o fato de estar em situação de rua dificulta muito isso, que a rua ela te deixa vulnerável para o uso (TR4).

Atrelado à vulnerabilidade social, pôde-se observar nas falas dos entrevistados "questões familiares" que, segundo eles, envolvem problemas de relacionamentos, apoio e compreensão da família. Ou seja, a forma como o sujeito se relaciona com sua família está intimamente ligado e influi na adesão ao serviço e, consequentemente, na qualidade de seu tratamento. Quanto a isso, os entrevistados trazem como reflexão:

> Tem usuário que vem porque está com a questão familiar, está com os vínculos familiares fragilizados e aí ele também não permanece muito tempo (TR1).
>
> Tem a questão [que dificulta a adesão ao tratamento] de vínculos familiares fragilizados, muitas vezes até interrompidos, situação de abandono que também traz essa questão do uso de SPA, que não tem um fator protetor para que ele permaneça aqui, um fator fortalecedor (TR2).
>
> A família, o suporte familiar muitas vezes é muito importante e predominante para essa adesão também. Quando o usuário tem um suporte, quando a família está também comprometida com essa melhora da saúde, que ele tem essa rede de apoio, a adesão também fica muito mais fácil (TR3).
>
> Outras vezes eles falam acerca da família, tem muitos que a família querem que eles fiquem aqui, aí jogam ele aqui, e às vezes visita. Já aconteceu da gente ficar tentando ligar e as pessoas não atenderem. Essa questão de se sentir um ser sozinho, sem ter pessoas para ajudar ao seu lado, e outras vezes as famílias procuram só para jogar mesmo, para se ver livre (TR7).

O TR3 e o TR8 ainda vão além. Eles trazem o usuário como um ser que precisa de apoios para se fortalecer e conseguir evoluir na sua própria relação com o uso de substâncias e que precisa de bons vínculos construídos além dos familiares. Eles trazem que:

> Requer também esse apoio, por parte de profissionais, da sociedade, da família, que muitas vezes não está disposta. O ser humano não é sozinho, o ser humano não consegue isoladamente se fortalecer nesse sentido de estar se cuidando, por mais que ele decida, hoje, amanhã, em algum momento ele vai se frustrar, ele vai bater de frente com a vontade de usar, ou com problemas que vão levar ao uso. E aí tem as recaídas, e faz ele se sentir frustrado, e achar que não faz sentido continuar (TR3).

> Fatores extrínsecos são, às vezes, tensionamentos da vida social, família, a sociedade, o julgamento, o preconceito. E também precisa colocar o dispositivo nessa questão extrínseca. É um dispositivo que acolhe? é um dispositivo que organiza? Que ele se sente acolhido? (TR8).

Seguindo esse pensamento, Bernardino et. al (2016) refletem que, sem o apoio da família, as chances de recuperação diminuem. A adesão ao tratamento, bem como os seus resultados, fica comprometidos. A problemática familiar e todas as suas dimensões e particularidades constituem-se em algo complexo, que ainda demanda muitos aprofundamentos. Além disso, os serviços ofertados pelas redes de apoio às famílias ainda são insuficientes, fragmentados e não oferecem atendimento eficiente para as diversas necessidades destas (BERNARDINO et. al, 2016).

Outro ponto comum que apareceu em muitas falas foi a questão do quanto a equipe se esforça para acolher os usuários. A TR4 fala até em "conforto". O acolhimento foi apontado como fundamental pela adesão ou não. Trazem que, quando o paciente não se sente bem acolhido, ele tem dificuldade em continuar frequentando o serviço:

> Outra questão que eu acho que pode contribuir é a empatia dos próprios trabalhadores daqui de dentro. Quanto mais acolhedor é o ambiente, melhor o usuário sente vontade de permanecer nele. Quando ele vem e ele, por algum motivo, não é acolhido, ela já cria uma resistência. Não digo que aqui isso aconteça com frequência, mas pode ser que um dia ou outro alguém não está bem naquele dia, não está nos seus melhores dias, e aí pode não ser acolhido da forma que deveria ser. E isso acaba sendo uma barreira pra ele acessar o serviço (TR1).
>
> A própria lógica do serviço, a forma de cuidar do serviço, que é um ambiente acolhedor, favorece a adesão, por ser cuidado em liberdade (TR3).
>
> Ele não se sentir confortável nesse espaço, muitas vezes não se sentir acolhido. Eu já escutei, às vezes, de muitos deles: ' é difícil vir aqui, eu não me dou com determinado técnico'. A gente tem muito a questão de direcionar, às vezes até por afinidade mesmo. Tem usuário que estava comigo por afinidade, não é nem pela questão do território (TR4).

Silva e colaboradores (2019) refletem que, quando os usuários são rotulados pelos profissionais, tal aspecto pode se tornar um obstáculo à formação de vínculos, uma vez que eles são vistos como perigosos, violentos, sendo desvalorizados sobre a possibilidade de conseguirem ter sucesso no tratamento. Quando o usuário internaliza tais julgamentos, sua crença na autoeficácia entra em declínio, aumentando o seu isolamento social e reduzindo a possibilidade de busca por ajuda.

Ficou em evidência também como um fator que contribui para a efetividade da adesão, a capacidade do CAPS ofertar atividades internas ou acolhimento diurno, para que o paciente passe o dia no serviço com ocupações. A TR1 traz a "perda de interesse" do usuário quando este não encontra atividades a serem desenvolvidas.

A diminuição de atividades diárias atualmente é reflexo do momento de pandemia pelo qual passamos. Foi necessário suspender diversas atividades grupais, que são de extrema importância, e também o acesso livre à unidade, para tentar conter a propagação do vírus. Como afirma a TR6 em sua fala:

> Depois que vem a adesão deles, tem a questão da diversidade de atividades propostas. A gente sabe que recentemente tivemos uma pandemia, ainda estamos na pandemia, estamos voltando, tentando retomar algumas atividades que a gente tinha, propondo outras. Mas, a gente sabe que tudo isso é processo também. Mas o fato da gente ter poucas atividades, olhando para trás, porque atrás a gente tinha muitas atividades, antes da pandemia, a gente conseguia cobrir todos os turnos com atividades. Hoje a gente já não consegue cobrir mais todos os turnos com atividades para propor para esses usuários. Então, a falta de diversidade e quantidade de atividades também (TR6).
>
> Programar mais atividades para que seja de uma forma mais atrativa, porque realmente eles desistem muito, há uma desistência muito grande. E é uma preocupação nossa, da equipe, fazer com que eles continuem permanecendo aqui na instituição através de novos projetos, que sejam mais atrativos (TR7).

Da mesma forma, em sua pesquisa, Ferreira et. al (2015) ensinam que a estrutura oferecida pelo CAPS exerce interferência no processo de adesão. Quando se tem uma estrutura precária, muitos pacientes não se sentem motivados a realizar o tratamento, pois há a ausência de oficineiros para desenvolver habilidades, de ambulatórios e enfermarias adequadas, de carros para realizar visitas domiciliares, insuficiência de recursos humanos e materiais, entre outros.

Muitos usuários do CAPS estudado demonstravam o desejo de desenvolver outras atividades no serviço para além de apenas atendimentos individuais. Por terem muito tempo de tratamento, traziam como lembranças a quantidade de grupos e oficinas oferecidas. Mais uma vez, salientamos que a portaria 3088 (BRASIL, 2011) traz como diretriz para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial a diversificação das estratégias de cuidado, bem como a prioridade nos CAPS do desenvolvimento das atividades em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários).

Dentro da temática sobre a diversificação de atividades ofertadas, encontra-se o “acolhimento diurno”. Trata-se de uma modalidade de acolhimento em que o paciente, em seu plano de cuidado, pode contar com momentos em que permanecerão durante todo o período diurno na unidade. Sobre isso, o TR1 afirma que:

> Outra coisa que favorece é o acolhimento diurno, porque tem gente que mora muito longe, se ele vem pra fazer, ele não vai querer vir aqui para fazer uma atividade de 1h e voltar para casa, né! Se ele vem para fazer atividades o dia todo, tem o café da manhã, tem refeição, que também é um fator protetivo para eles, né, ele acaba ficando, chamando mais atenção e ele fica mais tempo aqui dentro fazendo as atividades (TR1).

Sumarizando tudo o que foi discorrido, Paiano et. al (2019) assinalam que é necessário, para a manutenção da adesão ao tratamento, o desejo do usuário de parar de usar drogas, apoio familiar, vínculo pessoal com os profissionais e facilidade de acesso ao serviço no que diz respeito à geografia, situação financeira e estrutural.

Conclusão

Muitos são os fatores que interferem na adesão do paciente ao tratamento ofertado pelo CAPS estudado, que vão desde fatores extrínsecos, como questões socioeconômicas e familiares, até os intrínsecos, como, por exemplo, a motivação individual. Apesar de a Reforma Psiquiátrica ser o cenário de atuação profissional e de tratamento dos pacientes, e de sua ética priorizar a autonomia e o protagonismo dos usuários da área da Saúde Mental em suas próprias vidas, percebemos que muitos dos profissionais entrevistados têm dificuldade em responsabilizar o usuário pelo seu próprio tratamento.

Os materiais oriundos das entrevistas foram abundantes. Os profissionais foram generosos em partilhar conosco elementos sobre seus trabalhos que contribuem com as discussões pretendidas no presente artigo. Entretanto, é importante ressaltar que o presente estudo apresenta algumas limitações que concernem a ter escutado apenas alguns profissionais da instituição pesquisada. Seria de grande interesse a escuta e discussão com todos aqueles do CAPS que estão, de forma multiprofissional e interdisciplinar, servindo ao usuário.

As análises e seus respectivos resultados aqui empreendidos possibilitam reflexões e inspiram possibilidades de reordenação de práticas da equipe. Averiguar aspectos que estão profundamente ligados ao tratamento propicia, portanto, subsídios para o direcionamento e planejamento de intervenções terapêuticas mais apropriadas, com vistas ao aumento da adesão e da qualidade de vida do usuário.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

BERNARDINO, Adriana Vasconcelos et al. A inserção da família na recuperação do usuário de álcool. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v. 6, n. 1/2, p. 41-44, 2016. Disponível em: http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/rfeu/article/view/631. Acessado: 15/01/2022.

BRASIL, C. N. S. DO. **Resolução CNS Nº 580 de 22 de março de 2018.** Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31546309/do1-2018-07-16-resolucao-n-580-de-22-de-marco-de-2018-31546295. Acessado em: 09/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro 2012.** Brasília-DF. 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acessado em: 09/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n°510 de 7 de abril de 2016.** Brasília-DF. 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acessado em: 09/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 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 (SUS). Diário Oficial da União 2011; 26 dez. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso 20/01/2023

CAPISTRANO, Fernanda Carolina et al. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 468-474, 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4836/483649281007.pdf. Acessado em: 16/01/2022.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 679-684, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017. Acessado em: 10/02/2022.

DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora, 2018.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 150-164, 2015. Disponível em: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150032. Acessado em: 10/01/2023.

FREITAG, Raquel Meister Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência?.**Revista de estudos da linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018. Disponível em: http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/viewFile/12412/pdf. Acessado em: 22/12/2022.

FREIRE, Mayara Aparecida Bonora; YASUI, Silvio. O território, as redes e suas (im) potências: o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em um CAPSad. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 34, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fractal/a/vM3fSzb773Pk3ymxjxxLr9G/abstract/?lang=pt. Acessado em: 10/01/2023.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GOMES, Rebeca Rodrigues et al. Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 326-335, 2015. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/105050. Acessado dia: 05/01/2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to/palmas.html. Acessado em: 10/01/2023.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/d4kmGvjwkZHfJJ9B8nM4GrD/?format=pdf&lang=pt. Acessado em: 15/01/2022.

MARINI, Maiko. **Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre – RS, 2011. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/36963. Acessado em: 10/01/2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 90-95, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/KJDpXdqpxcj96NsZPmPLmQr/?format=html&lang=pt. Acessado em: 10/01/2023.

NEMES, Maria Ines Battistella et al. Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. S392-S400, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500005. Acessado em: 27/03/2022.

PAIANO, Marcelle et al. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento de usuários de drogas atendidos no Caps-Ad. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 687-693, 2019. Disponível em: http://www.ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P113687. Acessado em: 15/01/2023.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, p. 203-211, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200008. Acessado em: 15/01/2022.

SILVA, Lennon Leonardo Pereira da et al. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 819-835, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wJqR79DN358kqnQkH6zwMFs/abstract/?lang=pt. Acessado em: 15/01/2023.

SOUZA JÚNIOR, Marcílio Barbosa Mendonça de; MELO, Marcelo Soares Tavares de; SANTIAGO, Maria Eliete. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. **Movimento (Porto Alegre)**, v. 16, n. 3, p. 29-47, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.22456/1982-8918.11546. Acessado em: 09/02/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf. Acessado em: 25/02/2022.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: percepção de profissionais de saúde.

Pesquisador: GABRIELLE PEREIRA CASTRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60045922.3.0000.9187

Instituição Proponente: FUNDACAO ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DE PALMAS

Patrocinador Principal: FUNDACAO ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DE PALMAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.589.879

Apresentação do Projeto:

O trabalho, intitulado, Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: percepção de profissionais de saúde, tem por finalidade identificar que percepção a equipe de saúde do CAPS AD III de Palmas-TO têm em relação à adesão dos pacientes ao tratamento. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de natureza qualitativa e com caráter exploratório, tendo como procedimento metodológico o estudo de campo em que será realizado. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, serão realizadas entrevistas com profissionais do referido CAPS, com auxílio de um questionário semiestruturado. Espera-se avaliar e discutir alguns dos fatores que interferem na adesão do paciente ao tratamento, além de proporcionar a reflexão e a reorientação da prática profissional no serviço de saúde, a partir da construção, produção e ampliação de conhecimentos acerca dessas causas que interferem diretamente na adesão ao tratamento. De acordo com profissionais do CAPS AD III de Palmas-TO, quais fatores levam os pacientes a aderirem ou não, de forma integral, ao tratamento oferecido na unidade de saúde?

Diante do cenário de prática, pressupõe-se que existam fatores extrínsecos e intrínsecos que levam o paciente a não aderir de forma efetiva ao tratamento proposto. Fatores esses que vão desde socioeconômicos à comprometimento do paciente.

Participarão do estudo profissionais da equipe multiprofissional do CAPS AD III de Palmas-TO que atendam diretamente os pacientes como técnicos de referência de território, sendo no total 07

profissionais da equipe multiprofissional.
O estudo será realizado no CAPS AD III de Palmas-TO no segundo semestre de 2022.

- período total da pesquisa: 01/2022 – 03/2023
- período de coleta de dados: 01/08 – 31/09/2022

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Geral:
Identificar que percepção a equipe de saúde do CAPS AD de Palmas-TO têm em relação à adesão dos pacientes ao tratamento da dependência química.

Objetivos Específicos:
- Apontar quais fatores interferem na adesão ao tratamento do ponto de vista da equipe;
- Discutir os fatores determinantes para a não adesão dos pacientes ao tratamento;
- Discutir os fatores que favorecem a adesão do paciente ao tratamento;
- Observar qual a percepção da equipe quanto ao perfil, de faixa etária e sexo, dos pacientes correlacionando-os com a adesão;
- Analisar qual a compreensão dos profissionais quanto as possíveis ações necessárias para melhorar adesão do paciente ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
-Possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário.
-Quebra de sigilo/anonimato.
- Estresse ou dano.
- Cansaço ao responder às perguntas.

Benefícios:
Os resultados dessa pesquisa pretendem contribuir para a qualificação da tomada de decisões por parte da equipe quanto à adesão dos pacientes aos tratamentos oferecidos pelo CAPS AD III de Palmas-TO, bem como a reavaliação de condutas atualmente tomadas pelos profissionais de

saúde. Além disso, a pesquisa pretende servir como meio de análise para desenvolvimento de ações que visem aumentar a adesão dos pacientes admitidos. Por fim, os estudos pretendem colaborar com a produção científica na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância social e científica, pois buscará avaliar e discutir alguns dos fatores que interferem na adesão ao tratamento de pacientes com dependência química, que frequentam o CAPS AD. Além disso, a pesquisa busca proporcionar a reflexão e a reorientação da prática profissional no serviço de saúde, a partir de construção, produção e ampliação de conhecimentos acerca dessas causas que interferem diretamente na adesão ao tratamento. Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado ao programa de residência da FESP, o qual apresenta-se de modo organizado, atendendo a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Recomenda-se incluir, no item Referências Bibliográficas, todas as referências mencionadas no texto. Há citações que não foram referenciadas no referido item do projeto.

Atualizar o cronograma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto e termos apresentados em conformidade com as exigências para a garantia dos cuidados éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1963740.pdf	26/06/2022 21:52:09		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Gabrielle.pdf	26/06/2022 21:51:23	GABRIELLE PEREIRA CASTRO	Aceito
Outros	TCR_PARECER_CAPP.pdf	10/06/2022 11:37:40	GABRIELLE PEREIRA CASTRO	Aceito
Orçamento	TCR_ORCAMENTO.pdf	10/06/2022 11:36:07	GABRIELLE PEREIRA CASTRO	Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCR_CEP.pdf	10/06/2022 11:32:11	GABRIELLE PEREIRA CASTRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCR_DECLARACAO_DO_PESQUISADOR.pdf	10/06/2022 11:31:31	GABRIELLE PEREIRA CASTRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCR_TCLE.pdf	09/06/2022 13:00:25	GABRIELLE PEREIRA CASTRO	Aceito
Cronograma	TCR_CRONOGRAMA.pdf	09/06/2022 12:58:32	GABRIELLE PEREIRA CASTRO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PALMAS, 18 de Agosto de 2022

Assinado por:
Eliane Patricia Lino Pereira Franchi
(Coordenador(a))

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS DE PALMAS-TO SOBRE A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA PSICOLOGIA

PERCEPTION OF CAPS PROFESSIONALS IN PALMAS-TO ON THE PERFORMANCE OF PSYCHOLOGY PROFESSIONALS

Autores: João Alves Rodrigues Junior e Ana Carolina Peixoto do Nascimento;

Resumo: Esta pesquisa tem o objetivo de compreender a percepção dos profissionais lotados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Palmas/TO sobre a atuação dos profissionais de psicologia nestes serviços. Para tal, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi realizada mediante análise de conteúdo a partir da identificação de categorias que mais apareceram durante as entrevistas, separadas em cinco tópicos temáticos sendo elas: A psicoterapia como ferramenta de não exclusividade do psicólogo; Atuação do profissional de psicologia enquanto núcleo; Atuação Interdisciplinar em Equipe Multidisciplinar; O saber psicocentrado; A formação em saúde mental. Percebeu-se que a equipe multiprofissional muitas vezes não se vê confiante em exercer algumas atividades devido a um ensino com poucos incentivos de intervenção em saúde mental, e que pode acabar sobrecarregando o serviço em recorrer ao psicólogo por acreditar que seja o profissional de referência em saúde mental.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde Mental; CAPS; Psicologia; Saúde mental;

Abstract: This research aims to understand the perception of professionals working in Psychosocial Care Centers (CAPS) in Palmas/TO on the performance of psychology professionals in these services. For such, a qualitative, exploratory research was carried out, using semi-structured interviews. Data analysis was carried out through content analysis from the identification of categories that appeared most during the interviews, separated into five thematic topics, namely: Psychotherapy as a non-exclusive tool for psychologists; Performance of the psychology professional as a nucleus; Interdisciplinary performance in a multidisciplinary team; Psychocentric knowledge; Training in mental health. It was noticed that the multidisciplinary team often does not feel confident in carrying out some activities due to teaching with few incentives for intervention in mental health, and that it can end up overloading the service in resorting to the psychologist because it believes that it is the reference professional in mental health.

keywords: Mental Health Services; CAPS; Psychology; Mental health;

INTRODUÇÃO

Até meados da década de 1980, a assistência à saúde mental no Brasil se configurava em intervenções exclusivamente biomédicas, sustentadas em características asilares e hospitalocêntricas (CFP, 2013). Além disso, havia uma crítica que o sujeito com transtorno mental era visto como desprovido da razão por desviar-se do padrão de funcionamento ideal da época, sendo assim, o local do louco era concebido de maneira pejorativa (LANCETTI, 1990).

A Reforma Psiquiátrica brasileira aconteceu de maneira concomitante com diversos outros marcos importantes, como a Reforma Sanitária e o processo de redemocratização pós ditadura militar (Yasui, 2010), e teve influência da reforma psiquiátrica italiana, a partir dos preceitos do médico Franco Basaglia. Suas ideias centrais tinham como propósito a extinção dos manicômios e desconstrução de práticas e saberes da psiquiatria tradicional, cujas ações eram focadas na doença e aniquilação da percepção do sujeito (BATISTA, 2014).

A reforma psiquiátrica veio com uma proposta de assistir o usuário na proposta de cuidado em rede, articulando diferentes serviços comunitários, com foco no acolhimento e com ênfase nos vínculos sociais e familiares, responsabilização, territorialidade e integralidade (AMARANTE, 2007). A partir do avanço da reforma,o Ministério da Saúde financia, em 1992, a edificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), antes denominados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, integrando a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001), como oferta prioritária de assistência ao paciente com demanda de saúde mental, juntamente com outros tipos de serviços com o objetivo de substituir gradualmente os manicômios.

De acordo com a Lei 10.216 (Brasil, 2001), conhecida como a Lei da Reforma, foi possível concretizar a Política Nacional de Saúde Mental, com o propósito de superar a centralidade do hospital psiquiátrico e propondo a gradual substituição para o cuidado psicossocial (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

Através da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, conhecida como Política de Saúde Mental, incorporou-se uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dentro do SUS que prevê ações: (a) na atenção básica; (b) no atendimento psicossocial a transtornos mentais graves e persistentes

nos CAPS e uma modalidade especial para o pernoite (CAPS III); (c) em atendimento de emergência e hospitalar; e (d) para cuidados residenciais transitórios (BRASIL, 2011).

Os CAPS são compostos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, contando com psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem e outros profissionais da saúde especialistas em saúde mental. Esses profissionais devem oferecer, em ambiente aberto, um meio acolhedor e uma "rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida quotidiana" (BRASIL, 2004, p. 14).

A proposta da atenção psicossocial faz parte da construção de outro modelo de assistência, superando o modelo biomédico e asilar, trazendo a dimensão social das enfermidades e a necessidade de compreender os efeitos individuais e coletivos nas práticas em saúde. Essa nova compreensão auxiliaria numa nova perspectiva que compreenderia a saúde como processo saúde-doença (CFP, 2022).

De acordo com Kubo e Botomé (2001), compete ao psicólogo que lida com situações de saúde mental e transtornos mentais, escutar e acolher o sofrimento do usuário, trabalhar de forma a estimular a reinserção na sociedade como um todo, em seus lares familiares e vínculos sociais, bem como, orientação aos familiares e incentivo aos outros profissionais da equipe sobre informações e novas perspectivas em saúde mental.

O produto organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) intitulado "Referências técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Edição Revisada (2022) será o documento que subsidiará a discussão do presente trabalho. O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) é um instrumento do Sistema Conselhos de Psicologia cuja finalidade é sistematizar e divulgar conhecimentos da prática profissional da psicologia nas políticas públicas. Sendo assim, as Referências Técnicas são documentos de teor técnico, ético e

político que tem a missão de ouvir a categoria sobre as vivências que desenvolvem nas políticas públicas e oportuniza que a sociedade em geral possa se manifestar por meio de consulta pública ao documento preliminar, antes mesmo de sua publicação oficial. Esse trabalho tem como propósito discutir as perspectivas sobre a atuação do profissional da psicologia nos CAPS de Palmas-TO e compreender a percepção dos profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional quanto às atribuições do mesmo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, abordagem qualitativa e de cunho exploratório. O estudo foi desenvolvido nos Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas 24 horas (CAPS AD III) localizados na cidade de Palmas-TO. A pesquisa contou com amostra de 12 participantes, fazendo parte os profissionais de nível superior da equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo(a), terapeuta ocupacional, enfermeiro(a), farmacêutico(a), profissional de educação física), incluindo os profissionais residentes, de ambos os serviços. Destaca-se que os nomes dos entrevistados serão resguardados e serão identificados pela categoria profissional junto a uma característica durante o dia da entrevista ou algo que ficou marcante em sua fala.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com duração média de vinte minutos, a partir dos seguintes tópicos que serviram como norteadores: as experiências pregressas em saúde mental, ações desempenhadas pelos profissionais da psicologia no CAPS, o que é exclusivo deste profissional e o que é possível fazer em conjunto com sua categoria, aspectos que compõem a interdisciplinaridade e atuação da equipe multiprofissional. A análise dos dados foi realizada mediante análise de conteúdo de Laurence Bardin (2009), a partir da identificação de categorias que mais apareceram durante as entrevistas, separadas em cinco tópicos temáticos sendo elas: A psicoterapia como ferramenta de não exclusividade do psicólogo; Atuação do profissional de psicologia enquanto núcleo; Atuação Interdisciplinar em Equipe Multidisciplinar; O saber psicocentrado; A formação em saúde mental. Esse trabalho foi

aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública (CEP/FESP), sob parecer n° 5.590.844.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas com os participantes da pesquisa, as falas foram separadas em categorias temáticas, sendo elas: A psicoterapia como ferramenta de não exclusividade do psicólogo; Atuação do profissional de psicologia enquanto núcleo; Atuação Interdisciplinar em Equipe Multidisciplinar; O saber psicocentrado; A formação em saúde mental.

A psicoterapia como ferramenta de não exclusividade do psicólogo

De acordo com Ruda, Coutinho e Almeida Filho (2015), o percurso histórico da regulamentação da psicologia enquanto profissão em 1962 até 2004 foi conturbado. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) traziam aspectos tecnicistas e excluíam a possibilidade de atuação da psicologia clínica, pois existia uma preocupação dos profissionais da medicina, com forte representação no Congresso, relacionadas à autonomia da Psicologia e campos de atuação.

Antunes (2012) suscita que esta preocupação influenciou na regulamentação da profissão, visto que o fazer clínico era uma prática exclusivamente médica, com isto, instalava-se questionamentos sobre profissionais de psicologia exercerem a psicoterapia. Velloso (1982) refere ainda que tais conflitos chegou a resultar em fiscalizações de órgãos alheios e ataque a entes públicos e privados a fim de descredibilizar a psicoterapia realizada por um profissional de psicologia, realidade que só mudou após a criação do Sistema Conselho pela Lei n° 5766/1971 (SOUSA JUNIOR, 2021).

A psicologia clínica costuma ser uma das formas mais conhecidas enquanto prática do profissional da psicologia, se consolidando como uma das formas mais tradicionais, tanto pela relevância teórica/metodológica, quanto pelos recursos e ferramentas necessários para sua práxis. Apesar da psicoterapia ser uma das formas mais conhecidas e disseminadas enquanto possibilidade de atuação, a mesma não é de exclusividade do psicólogo (SOUSA JUNIOR, 2021).

A Resolução CFP 010/2000 regulamenta a atuação de psicólogos na psicoterapia, atualizada pela Resolução CFP 13/2022 que define a psicoterapia como:

> [...] psicoterapia é uma prática de intervenção sustentada por um campo de conhecimentos teóricos e técnicos fundamentados cientificamente, embasada por princípios éticos da profissão, que se desenvolve em contexto clínico e em um relacionamento interpessoal, junto a indivíduos, casais, famílias e demais grupos, decorrente de uma demanda psicológica com o objetivo de promover a saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos ou transtornos psíquicos (CFP, 2022).

A cartilha elaborada pelo Conselho Regional de Psicologia do Tocantins (CRP 23) elaborou uma cartilha intitulada "Compreendendo a prática em psicoterapia" (2020) que suscita reflexões sobre a prática profissional do profissional de psicologia. De acordo com Nunes (2020), a própria definição de psicoterapia destaca a potencialidade da relação interpessoal e da técnica no tratamento do sofrimento psíquico, porém:

> tanto a relação interpessoal não remete necessariamente a normatizações e princípios, sejam éticos ou de outra ordem; bem como a técnica não está associada a uma construção no campo das evidências científicas. Sem dúvida estas características estão relacionadas a grande variedade de terapêuticas que se propõe a tratar as enfermidades psíquicas ao longo da história da humanidade (CRP 23, 2020).

Com isto, foi percebido pelo contexto das entrevistas sobre o desconhecimento desta especificidade tanto pelos profissionais da equipe multiprofissional, como dito pela Profissional de Educação Física Cuidado "*tem a especificidade da psicoterapia individual porque ali tem instrumentos e ferramentas e faz parte da intervenção que eu não posso fazer por competência que eu não tenho*" (trecho extraído da entrevista). Como também, pelos psicólogos atuantes no serviço, como exposto na fala da Psicóloga Vento "*A psicoterapia é algo muito particular nosso*" (trecho extraído da entrevista).

Neubern (2009) discute que desde a própria legislação que regulamenta a profissão, Lei 4.119/62, não concede caráter exclusivo da psicoterapia ao psicólogo, como também, há um dilema, pois ao mesmo tempo que tem se aproximado da realidade social, também, há grandes discussões a quem tem o direito de exercê-la, principalmente devido às influências interdisciplinares que a psicologia teve desde os seus primórdios. Ou seja, como a psicoterapia tem uma íntima relação com um fenômeno multifacetado como a subjetividade, há

uma certa dificuldade em constituir este campo como exclusivamente de uma só disciplina com a psicologia.

A psicóloga Chuva relata que "*é imprescindível que se trabalhe no formato multiprofissional mas que saiba o que é sua competência, trazer o olhar da subjetividade e do sofrimento para a equipe e estar atento às atualidades da profissão para uma prática efetiva*" (trecho extraído da entrevista).

Nunes (2020) reitera que um profissional de psicologia para exercer a psicoterapia precisa da graduação em psicologia, inscrição de registro profissional e técnicas baseadas em seu contexto científico. Traz à tona uma importante reflexão sobre alinhar a prática profissional ao contexto crítico e atualizações do próprio conselho profissional, corroborando um papel e atuação crítico-reflexivo.

Atuação do profissional de psicologia enquanto núcleo

A década de 1980 é um marco importante para a categoria da psicologia. Nesta época, acontecia o processo de redemocratização do país, embalados pelas reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, conforme exposto pela psicóloga Chuva *"meu estágio foi dentro do manicômio e participei dos movimentos da reforma psiquiátrica. As pessoas não acreditam que poderia ser possível, tentaram ensaiar isso nos hospitais dias e a desinstitucionalização do sujeito"* (trecho extraído da entrevista). Acrescenta ainda:

> Naquela época, qualquer pessoa que desviasse o que era comum, era colocado dentro do manicômio, os profissionais não tinham manejo para lidar com os pacientes e os casos se agravavam. As medicações eram as mesmas para todos, por saudade da família, os pacientes falavam sozinho e já achavam que era alucinação. Hoje eu vejo o avanço apesar do processo lento, vejo cuidado com paciente, empatia com paciente, dever de entender e explicar o que acontece com paciente, seus direitos, a família, portarias etc (trecho extraído da entrevista).

Figueiredo e Rodrigues (2004) ratificam o pensamento de Basaglia sobre a importância da desinstitucionalização, no que se refere às transformações que superam o aspecto físico do manicômio, indo além da retirada do louco do hospital psiquiátrico. Quando se refere à

desinstitucionalização, se diz também sobre práticas e saberes de um fenômeno social e histórico, cujo foco seria reconhecer a loucura como instituição social e não o sujeito com transtorno mental (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Em conformidade com este pensamento, o foco mudaria da doença para a compreensão dos contextos psicológicos, sociais e culturais cujo sujeito se insere, ocasionando a quebra do paradigma “doença-cura” para substituir por “existência-sofrimento” (COSTA-ROSA et al, 2003).

Há também, nesse período, uma abertura política para tensionamentos referentes à prática profissional e reflexão da realidade do contexto social, antes centrados numa prática clínica de consultório com viés elitista, sendo acessível apenas para aqueles que tinham condições de pagar e uma psicologia descolada da realidade das populações mais vulneráveis, sendo também um serviço pouco voltado para o atendimento comunitário (BOCK, 1999).

Existia uma supremacia em relação às áreas mais atuantes da psicologia, centrando na psicologia clínica, organizacional e educacional (BASTOS e GOMIDE, 1989). É então neste cenário diverso que ocorre a reivindicação através do Sistema Conselhos de Psicologia para a criação do cargo profissional de psicologia no campo da saúde pública, apesar de nessa época ter um modelo de saúde caracteristicamente biomédico com práticas curativistas, individuais, e visão fragmentada dos sujeitos (CFP, 2022).

Instaura-se uma psicologia comprometida com as lutas sociais e com a garantia de direitos, por uma saúde pública universal e integral complacentes com os princípios do SUS. Nestas circunstâncias, aumentou-se o número de psicólogos na saúde pública, conforme os dados de uma pesquisa realizada pelo CREPOP no ano de 2009 intitulada “Quem é o psicólogo brasileiro?”, em que constatou que o setor público era o maior empregador de profissionais de psicologia, tendo sua maior concentração na saúde pública.

Como afirma o Psicólogo Mar, "*não há uma disciplina na graduação que te prepara para estar no CAPS. Na década de 80 não existia essa ideia de*

trabalho coletivo e interdisciplinar. Entendo que fomos nos aperfeiçoando nessa dinâmica das dificuldades, das experiências, das demandas, das características do serviço, da equipe, da gestão, em situações que são rotativas" (trecho extraído da entrevista). Em virtude disso, torna-se indispensável profissionais que ajudem na reorientação do modelo assistencial em saúde mental dentro da saúde pública, tendo uma grande influência de profissionais da psicologia (CFP, 2022).

Dimenstein (2009) acrescenta ainda que a entrada do profissional da psicologia na saúde pública também contou com um contexto histórico-político-econômico que proporcionava uma supervalorização cultural da profissão aliado a um pensamento que a atividade do profissional de psicologia era essencial para a sociedade. Esses fatores foram decisivos para a entrada da profissão nas instituições de saúde pública (CFP, 2022).

A Assistente Social Integralidade pontua uma questão importante:

> percebo o profissional de psicologia ainda muito voltado para o atendimento clínico. Todavia, não é só isso que compete ao serviço, mesmo que seja dessa categoria profissional e preconizado enquanto núcleo, mas pensar no cuidado do usuário para além do seu núcleo, que é o fazer técnico em saúde mental, então pensando em outras partes da vida do usuário que aqui acessa, então é apostar na coletividade, grupos terapêuticos, oficinas, discussão de caso, plano de cuidado voltado para o cuidado do usuário, diversas ações para além que a categoria restringe ou que a sociedade pense (trecho extraído da entrevista).

Amarante (2007) traz uma consideração primordial em relação ao estudo e tratamento das doenças mentais, quando refere que esta área não pode se reduzir ao diagnóstico, à psicopatologia ou somente à medicação e que todos os campos de conhecimento são válidos visto que a área da saúde mental se apresenta de maneira complexa, plural e intersetorial com transversalidade de saberes.

É nesta perspectiva que o CAPS tem uma ação psicossocial cujo cuidado está no limite entre o individual e o coletivo e pretende criar uma rede de relações entre os sujeitos em contraproposta ao modelo "domador" de antes. É então que a escuta, conceito imprescindível na psicologia, cria forma e é capaz de criar possibilidades e atividades capazes de desenhar caminhos

entre os sujeitos, grupos sociais e até entre as instituições como a própria saúde (CFP, 2022).

A psicóloga Céu completa “acho que todo mundo consegue fazer esse acolhimento e escuta qualificada, é importante ter esse espaço, porque as pessoas vêm para uma escuta e não é uma psicoterapia, e faz parte do serviço, sendo psicólogo ou não, oferecer uma escuta qualificada” (trecho extraído da entrevista). A escuta de desejos, dores, sofrimento, tristezas, alegrias, potencialidades, saberes, expectativas, planos. A escuta é capaz de tecer pontes, criar possibilidades e atividades capazes de desenhar caminhos entres sujeitos (CFP, p. 77, 2022). Desta forma, estamos nos referindo a uma clínica ampliada, cuja estrutura de atendimento não se reduz a um saber de dimensão individualizante.

De acordo com Amarante (2009), a Clínica Ampliada enquanto instrumento tem uma relação estreita com a Reforma Psiquiátrica e os pensamentos de Basaglia, pois havia a intenção de deslocar a compreensão de doença em categorias fechadas para um sujeito que adoece decorrente de um problema humano que gera sofrimento psíquico.

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e surge como crítica à clínica tradicional centrada na doença e no saber médico e visa ampliar a oferta de cuidado integral ao usuário (CAMPOS, 2003). De acordo com o Psicólogo Mar em entrevista:

> *a saúde mental, nossa subjetividade, a composição como se organiza as questões emocionais e da vida, subjetivas, elas tem muitos componentes: social, biológico, psicológico, familiar, econômico, físico, então são muitas dimensões, e trabalhar com saúde mental é complexo, então precisa desses outros olhares, o fenômeno psicológico não é somente da psicologia e da psiquiatria* (trecho extraído da entrevista).

O psicólogo em trabalho no contexto multiprofissional pode articular não só intervenções centradas no usuário ou na relação equipe-usuário, como também entre os outros atores de participam do cuidado, oferecendo suporte para relações interpessoais (DE PAULA XAVIER, REIS e FRASSÃO, 2016). Importante pensar nessa dialética trazendo questões ditas pelos entrevistados, como a Terapeuta Ocupacional Atividade: “*se me perguntassem se eu poderia*

estar com psicólogo, eu diria que sim, porque o psicólogo tinha mais facilidade e domínio em conduta e manejo" (trecho extraído da entrevista). Assim como a Terapeuta Ocupacional Atividade traz um recorte:

> *chamei profissional de educação física e chamei o psicólogo porque alguns pacientes dele participam do grupo, lógico que tem pacientes que não funcionam em grupo, mas eu tenho tentado chamar outros profissionais, porque é o mesmo paciente, mas a gente pode pensar o que a gente pode estar melhorando enquanto proposta de projeto terapêutico singular* (trecho extraído da entrevista).

Não menos importante, a clínica ampliada tem essa característica de integração de sujeitos do processo de trabalho em diferentes áreas na procura de estratégias de um cuidado singular visando a criação de responsabilização e vínculo com o usuário. Nessa perspectiva, essa desierarquização do processo permite perceber fragilidades e potências para além da doença e do espaço físico institucional do CAPS (CFP, 2022).

Outro instrumento importante e também fruto da Política Nacional de Humanização (PNH) é o acolhimento, cuja ferramenta de intervenção na construção de vínculo e uma escuta que possa garantir cuidado integral a qualquer usuário, assumindo uma função de acolher e dar resolubilidade à demanda (BRASIL, 2009). Como dito pela Farmacêutica Saúde "*é o primeiro contato do usuário no serviço e é para além de uma triagem de sinais e sintomas e avaliação do estado de saúde mental*"(trecho extraído da entrevista).

É um processo que tem como estratégia garantir o acesso universal no serviço e permite que o tratamento seja reorganizado enquanto estratégia de trabalho ao sair de um foco central do médico para a equipe multiprofissional que se compromete com a escuta e projetos terapêuticos ao usuário, reconhecendo sua subjetividade e singularidade (CFP, 2022). Como dito pelo Profissional de Educação Física Vitalidade *"são questões transversais trazidas pelo usuário e que consegue atingir os profissionais da equipe para um cuidado com efetividade para o usuário e que não se centre apenas em medicação"* (trecho extraído da entrevista).

Como afirma a enfermeira Sol em sua entrevista, *"vejo que quando a gente faz uma escuta terapêutica, o usuário sai satisfeito e descarregado, mais aliviado, então qualquer profissional pode fazer esse trabalho*" (trecho extraído da entrevista). Destarte, Campos e Domitti (2007) apontam que qualquer profissional da saúde que propague cuidado centralizado no usuário e suas demandas, e não mais no profissional médico como profissional de referência, consegue oferecer cuidado integral ao sujeito e entender o sistema das relações do adoecimento no novo modelo de atenção à saúde biopsicossocial, sendo necessário a atualização deste profissional nos fenômenos que ocorrem para além do seu núcleo, condensados em um ideal de trabalho em equipe.

Na mesma direção de pensamento, o entrevistado Psicólogo Serra aponta que:

> *todo profissional consegue fazer é escuta qualificada, projeto terapêutico singular, acompanhamento e monitoramento de paciente, matriciamento. O serviço quando entrei ainda estava muito centrado no modelo ambulatorial por conta da pandemia, então tinha muita demanda na psicoterapia individual, mas isso vem mudando um pouco, porque alguns profissionais demonstram mais abertura e interesse para se colocar e se permitir de fazer um trabalho de acompanhamento. Alguns profissionais não sabem que estão fazendo um PTS mesmo sem saber que está fazendo um PTS, e dão mais abertura* (trecho extraído da entrevista).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) se faz presente na Política Nacional de Humanização enquanto modo de compor a Clínica Ampliada e em sua essência se define como propostas de condutas terapêuticas para um indivíduo ou grupo com contribuição de várias disciplinas e profissionais na construção deste instrumento (OLIVEIRA, 2007).

Tais ideias remetem aos fundamentos da Clínica Ampliada que destaca o trabalho interdisciplinar visando a integralidade do cuidado, a potência da escuta ampliada ao usuário enquanto recurso terapêutico e, por fim, o empoderamento e tentativa de aumentar a autonomia em seu próprio projeto terapêutico visando a corresponsabilização do processo de produção de saúde (CAMPOS e AMARAL, 2007)..

Costuma-se trabalhar com base em 4 momentos : definição situacional, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Além disso, se

tem como primeiro pilar, compartilhamento de percepção entre diferentes profissionais de diferentes núcleos para que se possa compreender riscos e vulnerabilidades (CFP, 2022). A Enfermeira Sol completa *"as metas para cada usuário é de acordo com suas vivências e desejos e isso é construído em conjunto*" (trecho extraído da entrevista). É importante lembrar, que apesar de ser construído em conjunto com usuário e discutido com equipe, há um profissional de referência que tem como função coordenar e articular todas as fases (CFP, 2022).

Outra atividade feita pelos profissionais do CAPS é o matriciamento que consiste em regular fluxos e promover uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e a atenção básica (CAMPOS e DOMITTI, 2007). A profissional de Educação Física Cuidado relata de uma experiência:

> *estamos vendo a documentação porque a última equipe de residentes, traçou um perfil de usuários do CAPS, diagnósticos predominantes. Então ter um direcionamento ajuda na demanda que temos, acessar serviços que ajudam no compartilhamento do cuidado e longitudinalidade do cuidado. Queríamos mais, mas vamos sempre que possível nas unidades de saúde para fazer matriciamento para potencializar o cuidado ao usuário* (trecho extraída da entrevista).

Além disso, favorece a corresponsabilização entre equipes e profissional da equipe multiprofissional em saúde mental na produção de saúde em um processo de construção compartilhada na qual uma equipe de referência juntamente com uma equipe de apoio matricial corroboram ideias para uma proposta de apoio de intervenção pedagógico-terapêutica, integrando dispositivos e saberes dos diferentes níveis assistenciais. Alguns exemplos de possibilidade na execução dessa estratégia são: discussão de casos compartilhados, atendimentos compartilhados, construção de PTS compartilhados, atendimento domiciliar compartilhados, entre outros (CHIAVERINI, 2011).

Por fim e não menos importante, vale ressaltar que as atividades grupais são uma grande forma estratégica dentro do CAPS. A Terapeuta Ocupacional Atividade refere "*eu conduzo um grupo que é na quadra da quadra e eu chamei profissional de educação física e chamei o psicólogo, porque é o mesmo paciente, mas a gente pode pensar o que a gente pode estar melhorando*

enquanto proposta de projeto terapêutico singular" (trecho extraído da entrevista).

As atividades em grupo são constituídas como principal recurso terapêutico para desenvolvimento de habilidades cognitivas, comunicacionais, relacionais e contratuais, instrumentalizando os sujeitos no exercício da cidadania, autocuidado e reinserção social (RIBEIRO, MARIN e SILVA, 2014). Fala também expressa pela Farmacêutica Saúde referente aos grupos "*as práticas terapêuticas são de grande importância, os grupos, momentos de convivência"* (trecho extraído da entrevista).

As atividades grupais estavam suspensas devido aos cuidados e protocolos de saúde para contenção da pandemia de COVID 19. Segundo o CFP (2022), os grupos são espaços que proporcionam convívio compartilhado para o desenvolvimento de comunicação e afetos, sendo mais relevante ainda para a redução do sentimento de isolamento que sempre esteve presente nas pessoas com sofrimento psíquico. Sendo assim, a volta dos grupos era de muita expectativa não só para os usuários, como também para os profissionais e gestão.

Como dito pela psicóloga Chuva, *"os grupos estão voltando e os grupos terapêuticos não tem necessidade de serem conduzidos apenas por psicólogos, o usuário vem e interage, eles socializam a vida deles e percebe que o que acontece com um acontece, também acontece com ele"* (trecho extraído da entrevista). Os grupos terapêuticos potencializam as trocas entre sujeitos, compartilhamento de experiências e a melhoria quanto aos modos de vida individual e coletivo (BENEVIDES et al., 2010).

Como exposto no documento de Referências Técnicas para atuação de Psicólogas(os) no CAPS (CFP, 2022), é de suma importância que o profissional de psicologia conheça e reflita sobre embasamento teórico, ética e libertário que fazem parte do compromisso social da profissão. Tais dificuldades quanto à atuação nesses serviços refere-se a ultrapassar o modelo ambulatorial com foco clínico tradicional, com considerações mínimas ao trabalho interdisciplinar e em equipe, bem como a necessidade de articulação com a rede intersetorial (MACEDO e DIMENSTEIN, 2012).

Atuação Interdisciplinar em Equipe Multidisciplinar

Considera-se importante uma prática na saúde pública que estivesse em consonância e consistência com os princípios do SUS de acordo com a Lei 8.080/90, sendo eles: universalidade (saúde como direito a todos e assegurados pelo Estado), integralidade (tratando o indivíduo como um todo em sua singularidade, não o fragmentando) e equidade (justiça social com vista a diminuir as desigualdades sociais) (BRASIL, 1990).

Para uma maior efetivação destes princípios doutrinários, o trabalho em equipe multiprofissional é um instrumento efetivo de intervenção que denota uma perspectiva de reorganização no processo de trabalho como forma de racionalização da assistência médica, bem como, maior acesso da população aos serviços de saúde.

Como colocado pela Enfermeira Sol *"vários profissionais que contribuem no cuidado de forma integral ao usuário, quando se discute um caso, vemos a importância de cada profissional e se torna rico para o tratamento do paciente"* (trecho extraído da entrevista). Preconiza-se, então, a troca de saberes e uma intervenção de maneira integrada (CANOLETTI, 2008). A farmacêutica Saúde acrescenta uma dificuldade enquanto trabalho multiprofissional, pois a burocracia do serviço e as altas demandas dificultam um entrelaçamento das disciplinas:

> *equipe multiprofissional é a equipe que tenha categorias que visem atendê-lo como um todo, indo para além do contexto saúde, mas os determinantes daquele adoecimento, acaba que os atendimentos não são feitos de forma multi, alguém faz ali e se torna responsável, alguém resolve, existe uma alta demanda, muitos documentos burocráticos para resolver, então pela rotina do trabalho não se consegue uma comunicação efetiva (trecho extraído da entrevista).*

Ainda nesta problemática, a Assistente Social Integralidade traz uma reflexão em relação à saúde integral do sujeito no modelo de saúde biopsicossocial, não mais em uma predominância de determinação social, biológica ou subjetiva do processo saúde-doença, mas a interrelação de todos os contextos (TAVARES e MESQUITA, 2019).:

> *falta compartilhamento das necessidades do usuário, das relações de trabalho, porque ser multi só no nome não garante que o usuário tenha sua totalidade biopsicossocial atendida,*

> *porque tem usuário que só vem para o médico, só vem para T.R. [técnico de referência], mas entender cada núcleo na vida do usuário. Uma equipe multi participativa. É multiprofissional ou é ambulatorial? onde cada núcleo atua dentro de si, exercendo sua disciplina?* (trecho extraído da entrevista).

De acordo com Yasui e Costa Rosa (2008), é a própria equipe o principal instrumento de intervenção e produção de cuidado na lógica da atenção psicossocial, pois é de extrema importância que o trabalho em equipe multi não seja trabalhos individuais em conjunto, fortalecendo a lógica do ambulatório.

Como instituído na Portaria n° 3.088/11, os processos de trabalho na RAPS são permeados pelos conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, cujo primeiro se remete à complexidade do conhecimento a fim de evitar fragmentação dos saberes e integrar as disciplinas como busca de concretizar a operacionalização do cuidado e o segundo que remete a práticas colaborativas entre profissionais (CECCIM, 2018). Como dito pelo Psicólogo Serra:

> A interdisciplinaridade só acontece se o profissional conhece seu núcleo de trabalho, então alguns profissionais estão alocados na saúde mental, não é à toa, existem portarias para grupos de profissionais específicos. Então, ter domínio e clareza do seu núcleo, seria importante para compreender o que se pode ser feito. Um exemplo é o passe livre, as pessoas sabem do seu direito, então eles procuram. A triagem na enfermagem é outra coisa importante para a demanda, porque uma gestante que tem um transtorno mental, amamentação que tem crise de pânico, então tem coisas bem específicas, que na atenção primária não tivesse tanta abrangência porque tem a ver com saúde mental (trecho extraído da entrevista).

Se faz necessário um adendo em relação a uma discussão importante sobre núcleo e campo que costuma confundir os profissionais em relação ao contexto epistemológico. De acordo com Campos (2000), o núcleo refere-se à identidade de uma área de saber e atuação profissional, enquanto o campo diz de um emaranhado de saberes onde cada disciplina/profissão busca apoio em outras disciplinas para complementar a práxis e as discussões teóricas. Sendo assim, muitos profissionais desconhecem as possibilidades de atuação e as possibilidades do trabalho conjunto.

O trabalho em saúde nos CAPS é interdisciplinar, possibilitando o tratamento com técnicas que vão para além dos manejos dos profissionais

tradicionais do campo “psi”, uma vez que compreende-se o adoecimento mental complexo e multifacetado. O sofrimento psíquico desdobra-se em uma “complexa teia de eventos biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos” (MILHOMEM e OLIVEIRA, 2007, p. 105).

Como existe uma lógica de produtividade no trabalho devido aos fluxos cujos números tem grande importância para a gestão, muitas vezes, o serviço tem o interesse de resolver a queixa do indivíduo, relatado pela Farmacêutica Saúde: “*O serviço em si não consegue entender o ideal da equipe multi e quer que a resolução do problema aconteça, por ser muitas questões de saúde mental, acabam atribuindo a ideia de saúde mental apenas para o campo psi*” (trecho extraído da entrevista). Constata-se nesta fala a dificuldade de se fazer um cuidado em conjunto pois prioriza-se um cuidado resolutivo, e talvez, não estejam necessariamente na mesma direção.

Dando continuidade nesta problemática, a Enfermeira Sol, que já fez parte da equipe em outro momento no passado, diz que “*o aspecto multi se perdeu, apesar de antes ter menos categorias de trabalho, menos profissionais, hoje fica muito claro o caráter ambulatorial”* (trecho extraído da entrevista).

Este aspecto da dificuldade de se trabalhar de maneira interdisciplinar e em equipe trazido no documento de Referências Técnicas (CFP, 2022), corrobora com a fala dos entrevistados, como dito pela Profissional de Educação Física Cuidado “*ainda sofro de ver que me sinto violado enquanto essência, é muito delicado falar sobre isso, porque não consigo trazer conteúdos da educação física. Enquanto estrutura e característica do serviço ou como está posto, porque não foi sempre assim*”.

Mais uma vez evidencia-se uma estrutura que no passado funcionou e que hoje não tem a mesma assertividade no cuidado em saúde mental. Nessa perspectiva Bedim e Scaparo (2011) afirmam que uma vez a Reforma Psiquiátrica remete a ideia de integralidade como expressão de importância nos processos de vida, se torna impensável o trabalho na forma unidisciplinar ou de atribuir a um único setor ou disciplina pelos cuidado em saúde.

O saber psicocentrado

Os profissionais da equipe multi não psicólogos referem a preferência de trabalhar em conjunto com o profissional de psicologia, pois como dito pela Enfermeira Sol "*traz ampliação do cuidado*". A profissional de educação física Cuidado relatou experiências exitosas em grupo com profissionais da psicologia e trouxe sua experiência no manejo de uma situação de crise em conjunto com a colega psicóloga *e acrescentou "vi que a psicóloga trouxe ferramentas de conteúdo que eu não tive acesso nem saberia conduzir, pois não teria manejo pra conduzir uma conversão no grupo" (trecho extraído da entrevista)*. O Psicólogo Serra relata:

> *Enquanto psicólogo, apesar de não conseguir separar essa perspectiva, mas a todo momento estamos acolhendo, ouvindo, analisando, organizando as reflexões que ouve e que fala, a questão coletiva e que de certa forma existe algumas dificuldades. Não há uma disciplina na graduação que te prepare para estar aqui. (trecho extraído da entrevista).*

Ainda relatado pela Psicóloga Chuva refere-se à insegurança do profissional em atender as demandas de saúde mental. Segundo a psicóloga Chuva *"muitas vezes por insegurança, a equipe acha que só o psicólogo consegue dar conta dessa escuta, e aí o psicólogo escuta não só o paciente, mas acaba tendo que dar suporte à equipe"* (trecho extraído da entrevista). O profissional de psicologia pode estar atuando no favorecimento de reflexão e novas perspectivas e reflexões acerca do trabalho em grupo, do bem estar da equipe e do bem estar do próprio usuário, porém, é necessário que se tenha cuidado para que não se torne uma centralização do cuidado (CORDEIRO et. al., 2017).

Seria esse fator que favorece a psicologia enquanto área do conhecimento com melhor manejo de atuação, a contrapartida de uma predominância do saber psicocentrado? Uma fala da Enfermeira Sol importante que "*uma vez uma antiga coordenadora até disse que não precisa do enfermeiro no CAPS, mas não pode deixar o CAPS sem nenhum psicólogo*" (trecho extraído da entrevista).

Seria essa uma forma de reprodução da própria gestão de não reconhecimento dos outros profissionais e áreas do conhecimento? Ademais, Milhomem e Oliveira (2007) referem que o CAPS como dispositivo em saúde

mental tem como interesse possibilitar o tratamento com técnicas que vão para além dos manejos dos profissionais tradicionais do campo “psi”, uma vez que se compreende o adoecimento mental não de forma simples, mas de forma complexa, com seus fenômenos multifatoriais (sociais, econômicos, biológicos, culturais, etc.).

Durante a entrevista, a farmacêutica Saúde refere a importância do usuário entender que a medicação não é a única oferta de cuidado. Completa, ainda, sobre uma capacitação onde o próprio psicólogo se centrava no seu próprio trabalho, esquecendo de outras formas de terapêutica “*do trabalhar em equipe, da dificuldade da gestão de muitas vezes só ver o psicólogo como importante e reproduzir o tratamento psicocentrado, em busca de resolver o problema do usuário no momento”* (trecho extraído da entrevista).

Em continuidade à sua fala, A profissional de Educação Física Cuidado trouxe um ponto de análise interessante ao relatar que o próprio usuário, quando chega no CAPS, deseja atendimento do psicólogo e a equipe também reforça tal ideia quando encaminha diretamente, desde à recepção do serviço, reforçando a ideia que o profissional de referência em saúde mental é o psicólogo:

> *Temos vários problemas de usuários que chegam em crise ou na recepção e diz que quer conversar com o psicólogo, então se tem uma ideia de que o profissional de referência em saúde mental é o psicólogo. Estamos em movimento de desconstrução, pois enquanto técnicos em saúde mental no CAPS, o campo é importante então chegam na recepção pedindo um psicólogo e falam “aqui num é a saúde mental, onde tem psicólogo”, mas tem outros profissionais da equipe que também estão preparados e tem capacidade técnica para fazer tal intervenção, até porque enquanto portaria e consolidação do CAPS, o nosso foco não é o individual, a perspectiva do CAPS não é de ser individual, além de poder ser, se necessário, mas a gente tem muito enraizado aqui dentro* (trecho extraído da entrevista).

Durante a virada do século XIX ao XX, a psicologia atingia um ideal de ciência autônoma, muito por influência do crescente número de hospícios, sendo assim, havia uma relação forte vinculada à psiquiatria, trazendo desde o início um domínio em relação aos fenômenos no campo psi (ANTUNES, 2012).

Apesar de metodologias que incentivem a reflexão e caráter crítico e como lidar em situações complexas, ainda há um “enfoque do que seja normal e patológico no transcorrer do ciclo vital, centradas na psicopatologia e na instituição psiquiátrica” (TAVARES e MESQUITA, 2019).

Se faz importante pensar que não é somente em reduzir a Reforma Psiquiátrica à descontinuação dos manicômios, mas sim de pensar em uma práxis que liberte o pensamento de uma racionalidade carcerária. Ou seja, que o ideal biomédico não seja reproduzido novamente em um cenário cujas leis e portarias se centram em um cuidado integral e descentralizado (CFP, 2022).

A formação em saúde mental

Uma perspectiva que se destacou nas entrevistas foi a de profissionais que fazem parte da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, que tem em sua realidade a articulação entre teoria e prática sobre os serviços, um olhar diferenciado sobre os fenômenos. A Psicóloga Chuva diz que “*a residência multiprofissional auxilia grande parte das atividades multiprofissionais no serviço e contribuem na produção de cuidado dos usuários*” (trecho extraído da entrevista).

As residências multiprofissionais surgiram com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, decorrente do projeto anterior de residência em saúde. A formação regular do financiamento para os programas de Residência Multiprofissionais de Saúde no Brasil é o investimento na sua potencialidade pedagógica e política. Possui o objetivo de proporcionar tanto a formação de profissionais em saúde, quanto colaborar com a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS (Ministério da Saúde, 2006).

Fazendo um adendo, a residência multiprofissional tem se configurado numa importante ferramenta no processo de formação dos profissionais, mas como afirma Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019), faz-se alerta para que este processo de formação não venha acompanhado de uma reprodução de mão de obra barata para suprir as faltas e necessidades nos serviços, ou cumprir atividades que não fazem parte do seu papel profissional.

Após a Reforma Psiquiátrica, apesar de todas as mudanças de paradigmas, instaura-se um pensamento comum na sociedade que o psicólogo

é mais capacitado para lidar com demandas de saúde mental. Os entrevistados não psicólogos relataram que não haviam disciplinas específicas em saúde mental e quando havia, era de maneira resumida ou pouco pensada na forma de cuidar, e sim, características da Reforma Psiquiátrica e transtornos mentais como exposto pela Farmacêutica Saúde "*Não tive experiências em saúde mental, não teve nada na formação enquanto farmacêutica que tivesse conexão com saúde mental, o mais próximo era alguns medicamentos"* (trecho extraído da entrevista). O profissional de Educação Física Vitalidade relata que o mais próximo da realidade em saúde mental foi um trabalho sobre atividade física e depressão.

Lobosque (2010) em seu texto "A formação em saúde mental: ousemos avançar" discute uma prerrogativa sobre o ensino em saúde mental que consiste em trazer as questões para o campo da técnica, sendo assim, acaba-se por encerrar qualquer discussão, pois se é algo técnico, confere apenas ao especialista desvendar a forma ideal de algo e a "evidência científica" tem sempre o aval principal, mesmo por ora sendo abusiva ou usada de maneira equivocada. Encerra sua fala ao dizer que não se precisa dos hospitais psiquiátricos para produzir evidências científicas. Assim, o que importa é continuar com as ideias de controle e autoridade sobre o ensino em saúde mental através dos diagnósticos dos manuais psiquiátricos (LOBOSQUE, 2010).

Tal pensamento já explicitado por Foucault (2005) em relação à medicalização da vida através da estratégia de biopolítica da medicina em relação ao corpo dos sujeitos em manter controle e disciplina. Sendo assim, as questões da vida passam a fazer parte de um determinado núcleo do saber sendo atribuído o cuidado à medicação e que esta problemática não está amparada somente aos interesses médicos, mas também, a presença de um discurso da ciência em forma de poder, ordenando a loucura, a subjetividade, a forma de viver a vida.

A psicóloga Chuva refere questões da sua época de estágio em manicômios antes da Reforma Psiquiátrica:

> A gente estudava um pouco sobre transtornos, mas a prática era outra, porque naquela época, qualquer pessoa que desviasse o que era comum, era colocado dentro do manicômio, os profissionais não tinham manejo para lidar com os pacientes e os casos se agravavam. As medicações eram as mesmas para todos, o haldol era campeão. Por saudade da família, os pacientes falavam sozinho e já achavam que era alucinação. Hoje eu vejo o avanço apesar do processo lento, vejo cuidado com paciente, empatia com paciente, dever de entender e explicar o que acontece com paciente, seus direitos, a família, portarias etc.

A atuação das práticas em saúde mental que se consolidaram no SUS tem uma relação estreita com a formação destes respectivos profissionais. Há uma deficiência em alinhar as instituições de ensino com o diálogo entre as disciplinas e o fazer compartilhado, bem como, projetos que pensem em um alinhamento teoria-prática, favorecendo um compromisso social com as problemáticas de saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Um aspecto interessante trazido da fala da Psicóloga Chuva foi sobre os atendimentos realizados no CAPS referentes às demandas de alguns usuários e a insegurança dos profissionais em manejar tais questões *" algumas demandas são feitas por outros profissionais, e aí a importância da educação permanente para empoderamento deste profissionais, e digo isso desde o pessoal que fica na recepção, do administrativo, até o técnico e nível superior em saúde"* (trecho extraído da entrevista).

A Educação Permanente é uma estratégia que profissionais atuam a partir de uma realidade concreta e tem como objetivo contribuir com a construção e transformação do cenário de prática em saúde, baseado na necessidade do serviço, bem como, dos usuários e que valoriza o ensino em serviço na experimentação da coprodução de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2005).

Faz-se necessário a continuidade do ensino em serviço para os profissionais, visto que, de acordo com os entrevistados, há uma dificuldade do serviço no geral em entender o fluxo de atendimento, encaminhamentos, formas e gestão do trabalho e entendimento do fazer de outras categorias para que possa ter continuidade em contribuir para a potencialização do serviço e

cumprimento das demandas. Quando a Profissional de Educação Física Cuidado relata:

> *Se alguém me questionar sobre minha atuação enquanto graduação, fico angustiada, até conduzo grupo de música, vejo expressão que é um pouco do meu núcleo. Vejo que não existe um processo de trabalho para que meu núcleo apareça, vejo que a equipe não entende meu núcleo na saúde mental. Mas acho que ainda gira muito em torno da centralização psico aqui no CAPS. Vejo que posso explorar mil e uma possibilidades e eu adoro explorar trabalhar em conjunto.* (trecho extraído da entrevista).

Sabe-se que a formação dos trabalhadores é um ponto de tensão para a concretização das diretrizes do SUS, pois esta implementação não esteve em consonância com a preparação destes profissionais para que pudesse atuar de acordo com os princípios da política vigente (CFP, 2022).

Uma das grandes dificuldades da Política de Saúde Mental ainda se instaura na formação para um trabalho intersetorial e interdisciplinar que seja congruente com a desinstitucionalização e atenção psicossocial (BRASIL, 2005).

O campo da saúde mental foi considerado um caráter prioritário na política de educação permanente e esta assume uma formação que vai além da qualificação profissional ou de treinamentos centrados em teorias e técnicas para aperfeiçoamentos de habilidades profissionais. Tal produção de conhecimento possibilita enriquecer as subjetividades contemplando à educação em serviço e complementando a formação, qualificando o serviço, bem como, a relevância social do ensino e articulação da formação com a mudança no conhecimento, trazendo as dimensões éticas da vida junto com saberes técnicos e científicos (CFP, 2022).

Finaliza-se tal discussão com um pensamento extraído do documento de Referências Técnicas (CFP, 2022), quando traz a importância de destruir os manicômios, não só enquanto instituição, mas de pensar nos manicômios mentais, que enclausuram os pensamentos diante das outras perspectivas de cuidado, não só as convencionais ou mais cômodas.

CONCLUSÃO

Como psicólogo residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, percebe-se a centralização dos profissionais do campo psi (psicólogo e psiquiatra) constatados pelo grande número de encaminhamentos de usuários com demandas de saúde mental a estes profissionais. Com isso, há uma motivação em colaborar com estudos que reflitam sobre as práticas em saúde mental.

Ainda há uma ideia que o profissional de referência em saúde mental no CAPS é o psicólogo ou psiquiatra, como se estes profissionais fossem os únicos com aptidão para lidar com o sofrimento humano. Apesar do CAPS ter em sua regulamentação e lei, o formato de trabalho em equipe multidisciplinar, alguns profissionais não se veem capacitados para atuar frente às demandas do serviço. Se faz necessário que se tenham momentos de Educação Permanente e discussões em equipe para que assim se fortaleçam as estratégias de cuidado ao usuário e empoderamento do profissional enquanto núcleo para um trabalho conjunto, tendo em sua base os conceitos de interdisciplinaridade e trabalho multiprofissional.

Apesar de recentemente o serviço ter passado por uma nova estruturação diante da pandemia de COVID 19 na forma de prestar cuidado aos usuários, assemelhando-se a uma lógica ambulatorial, ainda há resquícios de resistência em voltar com a oferta de cuidado integral, saindo da lógica das psicoterapias e atendimento médico. Além disso, a falta de profissionais efetivos e que estejam em conformidade e atualizados com os pensamentos da Reforma Psiquiátrica.

Destarte, os psicólogos que a partir da leitura da dimensão do sofrimento humano ocasionado pelas relações e determinações de cada caso, têm como grande desafio diante da possibilidade de construir a crítica ao discurso que pretende diminuir experiências humanas e processos complexos à psicopatologia (CFP, 2022).

Por fim, se faz importante que os profissionais da psicologia se atualizem e estejam congruentes com as referências técnicas do Sistema Conselhos e com o marco legal da Política de Saúde Mental para que possam

contribuir com uma prática crítico-reflexiva e libertária, para não reproduzir o passado, nem que seja na operacionalização do cuidado.

REFERÊNCIAS:

AMARANTE, P. ***Saúde mental e atenção psicossocial***. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

ANTUNES, M. A. M. A Psicologia no Brasil: Um Ensaio Sobre suas Contradições. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 32, p.44-65, 2012.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt; GOMIDE, Paula Inez Cunha. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 9, p. 6-15, 1989.

BATISTA, M. D. G.. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais-Política & Trabalho**, 2014.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; **Edições 70, LDA**, 2009.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 2, p. 195-208, 2011.

BENEVIDES, Daisyanne Soares et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 127-138, 2010.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 4, p. 315-329, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, n. 98, p. 44-46, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS) **Resolução Nº 466 , de 12 de dezembro de 2012**. Normatiza pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2009.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **À Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos à percorrer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei n. 10.216** (6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Poder Executivo, 2001.

Brasil. (2000). Resolução CFP nº 10/00. Especifica e qualifica a Psicoterapia com pratica do psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2000/12/resolucao2000_10.pdf

BRASIL. **Decreto n. 53.464**, de 21 de janeiro de 1964.Disponível:http://site.cfp.org.br/leis_e_normas/decreto-n-53-464-de-21-de-janeiro-de-1964/Acesso em 10 de março de 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho

interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. **Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec**, p. 68, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219-230, 2000.

CANOLETTI, B. *Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: Análise sistemática da literatura*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739-1749, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Edição Revisada. Brasília**, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução n.º 13/2022, 2022. Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-13-de-15-de-junho-de-2022-408911936 Consultado em 10/11/2022

CORDEIRO, Silvia Nogueira et al. Contribuições da psicologia à residência multiprofissional em saúde da mulher: Relato de experiência. **Revista Polis e Psique**, v. 7, n. 3, p. 100-115, 2017.

COSTA-ROSA, A., LUZIO, C., & YASUI, S. Atenção Psicossocial: Rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Coord.), **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial** (pp. 13-44). Rio de Janeiro, Brasil: NAU Editora, 2003.

DE PAULA XAVIER, Leandro; REIS, Priscila Palandi Ferraz; DE OLIVEIRA FRASSÃO, Márcia Cristina Gonçalves. O Trabalho do Psicólogo Junto à Equipe de Saúde/The Work of the Psychologist with the Health Team. **Revista Ciências em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 66-77, 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 399-407, 2007.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, Vanda Valle de; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 2, p. 173-181, 2004.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. In: **Microfísica do poder**. 2005. p. 295-295.

KUBO, Olga Mitsue; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. **Interação em Psicologia**, v. 5, n. 1, 2001.

LANCETTI, A.. **Saúde Loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990.

LOBOSQUE, Ana Marta. A formação em saúde mental: ousemos avançar. **Caderno de Saúde Mental**, v. 3, p. 107-114, 2010.

MILHOMEM, Maria Aparecida G. Corrêa; DE OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial–CAPS. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 101-108, 2007.

NEUBERN, Maurício S. Quem é o Dono da Psicoterapia? Reflexões sobre a Complexidade, a Psicologia e a Interdisplinaridade. 2009.

Oliveira G,N. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; EMERICH, Bruno Ferrari; RICCI, Ellen Cristina. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170813, 2019.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

RIBEIRO, Lorena Araujo; MARIN, Lamara Laís; SILVA, Marcela Teodoro de Rezende. Atividades grupais em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, 2014.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: _____. (Orgs). Desinstitucionalização. São Paulo: **Hucitec**, 2001. p. 17-59

RUDÁ, Caio; COUTINHO, Denise; DE ALMEIDA FILHO, Naomar. Formação em psicologia no Brasil: o período do currículo mínimo (1962-2004). **Memorandum: memória e história em psicologia**, v. 29, p. 59-85, 2015.

SOUSA JÚNIOR, Josman Raimundo de et al. Psicoterapia e formação em psicologia: uma análise da perspectiva de estagiários em psicologia clínica da UFMA. 2021.

TAVARES, Cláudia Mara; MESQUITA, Lucas Marvilla. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. **Enfermagem em foco**, v. 10, n. 7, 2019.

VELLOSO, E. D. Psicologia clínica no Brasil. Arq. Bras. de Psic., v. 34, n. 1, p.31-36, 1982.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

DIÁLOGOS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ENTRE O CAPS AD III E A DEFENSORIA PÚBLICA: reflexões sobre as práticas de cuidado em saúde mental

Julliani Conceição Marques Godinho[1]
Ludimila Inês Nunes Prestes[2]

RESUMO: Este estudo tem como objetivo contribuir com as boas práticas em saúde mental qualificando os diálogos entre CAPS AD III e a Defensoria Pública acerca do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Realizou-se uma pesquisa participante por meio de rodas de conversas entre os servidores do CAPS AD III e da Defensoria Pública. Conclui-se que existem fragilidades nas relações entre CAPS AD III e Defensoria Pública devido o processo burocrático dos trâmites na comunicação entre os serviços. Faz-se necessária a criação de processos formativos, espaços dialógicos com a gestão dos serviços e com a equipe multiprofissional da Defensoria Pública. Compreende-se que este estudo pode repercutir em novas pesquisas e também intervenções dos gestores, voltadas para aproximação e fortalecimento da articulação em rede, especialmente entre o CAPS AD III e o sistema judiciário

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Defensoria Pública. Judicialização da Saúde. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias

ABSTRACT: This study aims to contribute to good practices in mental health qualifying the dialogues between CAPS AD III and the Public Defender's Office regarding assistance to users of alcohol and other drugs. A participant survey was carried out through conversation circles between CAPS AD III servers and the Public Defender's Office. It is concluded that there are weaknesses in the relations between CAPS AD III and the Public Defender's Office due to the bureaucratic process of the procedures in the communication between the services. It is necessary to create training processes, dialogic spaces with the management of services and with the multidisciplinary team of the Public Defender's Office. It is understood that this study may have repercussions on new research and also interventions by managers, aimed at approximating and strengthening the network articulation, especially between CAPS AD III and the judiciary system.

KEYWORDS: Mental health. Public Defense. Health Judicialization. Disorders Related to Substance Use

[1]Psicóloga, profissional residente em Saúde Mental pela FESP CEULP/ULBRA. e-mail: psicologa.julliani@gmail.com.
[2] Psicóloga, Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela FESP CEULP/ULBRA. e-mail: ludimilaprestes@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, a prática em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurada pela Lei nº 10.216, de 2001. A política tem como referência a Reforma Psiquiátrica, cujo principal objetivo é romper com a lógica manicomial, prevendo um cuidado integral, buscando o rompimento de estigmas de pessoas com transtornos mentais, enfatizando a oferta de uma clínica ampliada, valorizando o cuidado em liberdade e a formação, bem como o fortalecimento dos vínculos comunitários, familiares, sociais e afetivos (BRASIL 2001).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos do Sistema Único de Saúde que colocam em prática a Reforma Psiquiátrica. Por meio deles são ofertados serviços especializados cuja finalidade é o tratamento em liberdade e respeito à autonomia de cada sujeito que acessa o serviço, valorizando a permanência de vínculos familiares, sociais e comunitários, assim como preconizado pela Reforma. Os CAPS têm como uma de suas principais propostas a substituição das internações psiquiátricas, buscando oferecer um atendimento que ultrapassa a crise, constituindo-se por espaços que oportunizam ser parte da rotina dos seus usuários e contribuindo, assim, com a formação das redes e laços sociais (BRASIL, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD III é uma das modalidades de CAPS. Esta instituição faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, que foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 20211), apresentando como uma das diretrizes o respeito aos direitos humanos e à autonomia das pessoas atendidas por esses espaços. Por meio dele são oferecidos tratamentos para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012 redefine o CAPS AD III e estabelece que seu funcionamento seja de segunda a sexta, nos finais de semana e feriado, nas vinte e quatro horas por dia. Nesse sentido, o CAPS AD III possui leitos para recebimento de usuários em acolhimento noturno, podendo o mesmo permanecer por até quatorze dias. O serviço é constituído por uma equipe multiprofissional, pois busca olhar para o sujeito que acessa o serviço em sua integralidade, colocando em prática uma clínica ampliada com base em um modelo biopsicossocial (BRASIL, 2012).

Além do CAPS AD III de Palmas, o presente estudo também tem a intenção de abordar a Defensoria Pública do Estado do Tocantins, a qual conforme a Lei Complementar nº 55, de 27 de maio de 2009, é um serviço gratuito destinado à pessoas que necessitem da

promoção de seus direitos, tendo como um dos seus objetivos o respeito e a prevalência dos direitos humanos e como uma de suas funções a prestação de orientação jurídica (TOCANTINS, 2011). Sendo a Defensoria Pública uma ponte que liga o sujeito ao acesso ao seu direito, pessoas têm buscado este serviço para intervir quanto às questões relacionadas à saúde. Alves e Nunes (2021) ressaltam que, no município de Palmas- TO, a maioria das demandas judiciais que chegam até CAPS AD III são enviadas pela Defensoria Pública do Estado do Tocantins, por meio da CAS - Central de Atendimento à Saúde.

Diante do exposto, a presente pesquisa é uma proposta de atividade a ser apresentada para a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO a fim de atender aos critérios para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental por meio do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Tal pesquisa tem relevância científica e social uma vez que permite a continuidade de outros estudos realizados, em específico o trabalho já realizado entre o Judiciário e o CAPS AD III, produzido por Alves e Nunes (2021), sendo esta fonte o ponto de partida para a proposta de intervenção sugerida neste trabalho.

No trabalho desenvolvido por Alves e Nunes (2021), ressalta-se que as demandas judiciais recebidas pelo CAPS AD III de Palmas colocam o tratamento em segundo plano, uma vez que a maioria das demandas judiciais são enviadas a pedido dos familiares dos usuários e tem como intuito um laudo psiquiátrico a fim de que haja uma internação. Os autores pontuam também que não há uma devolutiva da Defensoria Pública quanto às demandas que são respondidas pelo CAPS AD III (ALVES e NUNES, 2021).

Além disso, o presente estudo se justifica pela relevância do tema para a Reforma Psiquiátrica e, especialmente, para o cenário de saúde de Palmas/TO. Durante a atuação da pesquisadora enquanto profissional residente na Residência Multiprofissional em Saúde Mental, observou que as fragilidades no diálogo entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública trazem prejuízos para o tratamento do paciente.

De forma semelhante, a pesquisa de Alves e Nunes (2021) levanta dados pertinentes acerca das demandas judiciais encaminhadas para o CAPS AD III e sugere a continuidade dos estudos a fim de melhorar as dificuldades elencadas, dentre elas a necessidade de uma melhora na comunicação entre o sistema judiciário e a saúde.

Diante do exposto, levantou-se a seguinte questão de pesquisa: Como aproximar e qualificar o diálogo entre CAPS AD III e a Defensoria Pública do município de Palmas- TO? A partir de então, definiu-se como objetivo geral do presente estudo, contribuir com as boas práticas em saúde mental qualificando os diálogos entre CAPS AD III e a Defensoria Pública acerca do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Enquanto objetivos específicos,

buscou-se: refletir sobre os processos de trabalho entre a equipe do CAPS AD III e a Defensoria Pública do município de Palmas- TO; analisar as dificuldades de comunicação entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública; elaborar em conjunto propostas de intervenções para aproximar as duas instituições; propor junto ao CAPS AD III uma reorganização conjunta de fluxos das demandas encaminhadas pela Defensoria Pública.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual possibilita a reflexão de temas complexos, haja vista que oportuniza o estudo das interações sociais do cotidiano dos participantes (FLICK, 2008). Segundo este autor, "a pesquisa qualitativa leva em consideração que os pontos de vista e as práticas no campo são diferentes devido às diversas perspectivas e contextos sociais a eles relacionados" (FLICK, 2008, p. 25).

Em relação aos procedimentos técnicos foi realizada uma pesquisa participante por meio de rodas de conversa. A pesquisa participante caracteriza-se pela investigação do objeto de estudo tendo o pesquisador inserido no grupo a ser estudado. Ela também proporciona que os resultados da pesquisa se transformem em ações que beneficiem as instituições e ou grupos onde a pesquisa foi realizada (PERUZZO, 2017).

A roda de conversa é um método que permite o compartilhamento de pensamentos, tratando-se de uma prática que envolve o diálogo. Para Afonso e Abade (2008), as rodas de conversas fazem parte da pesquisa participante, tendo como objetivo proporcionar a reflexão dos participantes sobre o seu dia a dia, a forma com a qual se relaciona com seu trabalho, com sua vida, entre outras questões. Para a realização da roda de conversa, faz-se necessário que o ambiente em que ela ocorra oportunize os participantes a se expressarem, o que pode acontecer por meio de técnicas, como questões norteadoras e eixos temáticos que a favoreçam. No entanto, os próprios participantes também podem direcionar tais técnicas para que o objetivo de expressar-se seja alcançado. (AFONSO e ABADE, 2008).

Utilizou-se uma amostra não probabilística intencional ou de julgamento, que de acordo com Freitag (2018) é um tipo de amostra em que os participantes da pesquisa já são escolhidos conforme critérios pré-estabelecidos. Deste modo, participaram da pesquisa três servidores do CAPS AD III e sete servidores da Defensoria Pública do município de Palmas/TO e as três rodas de conversas para coleta de dados aconteceram na Defensoria Pública após definição de dias e horários com os participantes.

A presente pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) e também pelo Comitê de Ética em

Pesquisa, com parecer favorável nº 5.489.893. Após aprovação do Comitê de Ética foi realizado o contato com a coordenação do CAPS AD III e com a Defensoria Pública do município de Palmas-TO para a apresentação da proposta de pesquisa e realizado o convite para os servidores, definindo os dias e horários para os encontros. Ressalta-se que todos os encontros tiveram os áudios gravados.

Ao todo, foram realizados três encontros de rodas de conversas com os servidores participantes das duas instituições. As rodas de conversas foram conduzidas a partir de eixos temáticos que foram planejados com base nos objetivos do presente trabalho. Entretanto, mesmo que houvesse o direcionamento dos eixos temáticos fez-se necessário manter a espontaneidade do diálogo do grupo.

O primeiro encontro teve como eixo temático: A comunicação como facilitador do nosso processo de trabalho. No segundo encontro realizou-se um resgate do encontro anterior e trabalhou-se o eixo temático: os processos de trabalho entre a equipe do CAPS AD III e a Defensoria Pública, bem como o papel de cada instituição. Por fim, no terceiro e último encontro, após resgate da roda de conversa anterior, abordou-se o eixo temático: quais contribuições partem de mim para a melhora do nosso processo de comunicação. Além dos encontros de coleta de dados, outro momento foi reservado pela pesquisadora para estar com cada equipe e realizar uma breve devolutiva e agradecimentos.

Os resultados obtidos foram analisados com base na análise de conteúdo, que tem como objetivo descrever o conteúdo da mensagem utilizando uma técnica sistemática capaz de analisar as informações do objeto em estudo (BARDIN, 2011). Ao final das rodas de conversas, fez-se a transcrição das gravações para possibilitar a organização das análises, posteriormente foram executadas as três etapas do método da análise de conteúdo. Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados em suas falas pela letra “S” que é a letra inicial da palavra servidor, seguido por uma sequência numérica (S1, S2, S3, S4).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e debatidos os principais resultados obtidos na presente pesquisa, visando o alcance do objetivo geral da pesquisa. Buscando respeitar a espontaneidade da roda de conversa, optou-se pela análise dos dados a partir das categorias obtidas por meio da análise de todos os encontros e não destes individualmente. A seguir são apresentadas as principais categorias de cada eixo temático, dialogando com os objetivos específicos do estudo e com o referencial teórico existente.

3.1 Reflexões sobre os processos de trabalho

Em relação ao primeiro objetivo que buscou refletir sobre os processos de trabalho entre a equipe do CAPS AD III e a Defensoria Pública, construiu-se as seguintes categorias de análise: acesso dos familiares em contrapartida ao acesso do usuário; percepção da internação como estratégia de cuidado por parte dos familiares e dos serviços; rede de atenção psicossocial e necessidade de organização de processo de trabalho entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública.

a) Acesso dos familiares aos serviços em contrapartida ao acesso do usuário

Alguns conteúdos que apareceram nesta categoria, demonstram que o acesso do usuário de substâncias psicoativas na Defensoria Pública se dá por meio do familiar, situação esta que se repete no CAPS AD III, visto que, neste serviço, o familiar surge como protagonista na busca do tratamento.

> *"Só vem o familiar, o doente não vem, né." (S1)*

> *"No CAPS chegam casos assim que a família traz e quer que a gente faça o tratamento, mas a própria pessoa não quer porque ele não vê aquele consumo como prejudicial e aí não tem como a gente ficar com uma pessoa que não quer porque a gente não trabalha com essa política obrigatória." (S3)*

Esses dados confirmam os estudos de Alves e Nunes (2021) que constataram que a maioria das demandas da Defensoria Pública encaminhadas para o CAPS AD III são solicitações dos familiares, tendo como requerente em sua maioria a mãe ou pai do usuário, e em seguida a esposa do usuário.

Considerando que esse primeiro acesso aos serviços parte do familiar, a equipe participante da presente pesquisa aponta tal acesso como uma importante estratégia de intervenção por meio da vinculação e orientação dessa família.

> *"Para fazer um trabalho em cima disso, dos familiares aderir e o paciente não, mas assim, construir juntos esse processo de vinculação junto com a família. Porque às vezes a família precisa de informações, precisa de conhecimento que não tá conseguindo manejar a situação do paciente em casa, do familiar em casa... Às vezes precisa entender coisa que é da situação do adoecimento." (S2)*

> *"Às vezes a família também precisa mudar a estratégia, precisa ter uma postura diferente da situação para poder ter um resultado, por isso que a gente aposta também na vinculação dessa família"(S2)*

No tratamento ofertado para usuários de álcool e outras drogas, a família pode contribuir com a vinculação do usuário ao serviço, uma vez que ela tem sido a primeira a acessar os dispositivos, também assume um importante papel de apoiar o usuário em seu tratamento. A equipe do CAPS AD III quando nota uma relação familiar fortalecida pode auxiliar essa família por meio de acolhimento, escutas e orientações relacionadas ao serviço,

ressalta-se que o familiar também faz parte na elaboração e construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), considerando que esta é uma importante ferramenta de intervenção dentro dos CAPS.

De Melo e De Paulo (2012) sinalizam sobre a importância do familiar conhecer e tirar suas dúvidas acerca do serviço ofertado pelo CAPS pois podem contribuir incentivando a participação do usuário no serviço. Faz-se importante considerar que a família, na maioria das vezes, é o primeiro ponto de apoio e cuidado do usuário, dessa forma o CAPS precisa estimular e também vincular para que a família participe do processo de tratamento.

a) Percepção da internação como estratégia de cuidado por parte dos familiares e dos serviços.

Diversas pesquisas têm demonstrado que o judiciário tem sido utilizado por familiares de usuários que fazem uso de álcool e outras drogas. Silva *et al* (2021), ao estudarem o perfil de familiares que acessam a Defensoria Pública a fim de uma internação compulsória para o usuário de substâncias, constataram que os pedidos de internação provêm da família. Além disso, os autores também constataram que o acesso ao sistema judicial auxilia no alívio de um sofrimento dessa família, entretanto, as mesmas não se percebem como parte do processo de tratamento. Há uma grande expectativa por parte dos familiares quando a Defensoria Pública é acionada, expectativa esta que pode ser justificada pelo papel que as instituições do judiciário têm desenvolvido, no sentido de promover um alívio a este sofrimento. Júnior (1998) pontua que o judiciário trabalha com este ideal de justiça.

> A instituição judiciária é sempre um lugar de trabalho com o sofrimento. Sofrimento que advém do mal-estar inerente à cultura e que encontra ali uma forma particular de se expressar e de demandar alívio. Lugar no qual se propõe a existência do ideal da Justiça. A Justiça é uma das mais legítimas e mais impossíveis demandas do ser falante. Deve-se frisar: dizer que ela é impossível não significa que é totalmente irrealizável. Significa que a Justiça deve permanecer no horizonte ético mas que sua expressão nas decisões judiciais sempre parece subjetivamente incompleta. O dano pelo qual sofremos e do qual nos queixamos nos parece sempre estar além de qualquer reparação. Afinal, o que pode recuperar nossa perda? É a Lei: o que foi perdido é irrecuperável, resta construir novas possibilidades e para isso muitas vezes contamos com a lei (JÚNIOR, 1998, p. 30)

Tal questão também apareceu de forma recorrente nas rodas de conversas. Os participantes relataram que os familiares também apresentam a crença de que o cuidado no CAPS não é o suficiente, ou mesmo não tem conhecimento sobre o serviço.

> *"Ela bateu lá voltou para cá e ficou comigo e aí bucha tá aqui, aí o que ela fala: O CAPS não dá conta do meu filho, eu não consigo levar ele", (S1)*

> *"Tem um senhor aqui a mulher tinha certeza que a equipe não dava conta e ele veio um dia eu conversei com ele eu falei "gente esse cara não tem perfil de internação involuntária não", não sou médico (risos), mas assim o que a família trazia parecia que era muito, sabe? Então." (S1)*

"Tem muitos casos de familiares que pede a internação compulsória porque a família está cansada e a família não quer ser coadjuvante do tratamento, fazer o quê… "(S4)

"Tem muitas mães que vêm aqui e eu pergunto "Sim, e a senhora já foi no CAPS?" Respondem: "não, eu nunca fui." Eu falo: "pois é tem que ir lá, tem que tentar lá, como vou fazer pedido de internação de seu filho se não tem elemento nenhum?" E aí as pessoas saem correndo atrás de processo criminal para provar que a pessoa é traficante, é usuário." (S5)

Posteriormente aos pedidos de internação dos familiares, a Defensoria Pública acessa o CAPS AD III e demais serviços de saúde para solicitação de laudos psiquiátricos, além disso, ressaltam que solicitações de internação são realizadas mesmo sem o usuário ter passado por outro tipo de tratamento.

"Aí eu vou para o judiciário, aí eu vou e peço uma internação, eu falo muito aqui, às vezes a gente faz as ações, aí vai para a perícia e tal, tem caso que eu nem peço liminar para internar às vezes porque tá em dúvida, não tem o laudo médico, e aí a gente pede liminar pra marcar perícia urgente, e fazer uma perícia."(S1)

"Quase sempre o perfil das perícias aqui é sempre negando, falando que é melhor o tratamento ambulatorial, que a gente sabe que é mesmo eu também sou defensor da política de redução de danos [...] Só que chega um momento em que o paciente ou ele passa pra essa linha que ele daqui a pouco tá preso, ou por tentativa de suicídio." (S1)

"A gente pede que a família vá buscar porque como a gente vai montar um processo sem elemento nenhum que a pessoa não tem. Não tem como você entrar com pedido "Juíz eu quero que interne esse fulano" Sim, mas o que ele tem de tratamento? Por que a internação é o último negócio. Aonde que ele já foi aí na rede? O que ele já fez aí? Não tem nada, aí não vou internar." (S5)

A internação involuntária apareceu como uma ferramenta de intervenção proposta também pelos servidores que participaram da roda de conversa, ao mesmo tempo em que reforçaram ser esta a última estratégia de cuidado.

"Eu fiz um relatório semana passada, mas foi pro judiciário, indicando uma internação involuntária porque a situação dele, ele está correndo risco de vida, então a gente tem situações que temos que olhar pra realidade e se posicionar. Não que a gente quer internação, a gente não acredita que todos os pacientes têm que ser internado! Não é por aí, o tratamento por algumas circunstâncias ele precisa de internação sim, se não a gente vai perder o paciente. E a gente tem que ser rápido, a gente não pode ficar dando voltas empurrando com a barriga essa situação. Porque a família quando chega aqui, ela já chega numa situação do limite, ela tá no limite, ela já não tem mais o que fazer, já procurou todos os lugares e não encontrou a saída, o paciente não se vinculou a unidade, o paciente não foi no CSC." (S2)

"Eu tenho como última opção esse negócio de internação, eu não fico entrando com ação para internar as pessoas que não tem perfil, a gente só utiliza quando realmente não tá dando." (S1)

"A internação é em casos que todas as outras medidas já falharam." (S3)

Outro fator que pode motivar os pedidos de internações, está no fato da mesma ser assegurada pela Lei 10.216/2001 que em seu artigo 6º enfatiza os três tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária, em que há o consentimento do usuário; involuntária, em que há o pedido de outra pessoa, e a compulsória, que é a internação determinada pela justiça. A Lei estabelece que todos os tipos de internações só podem ser realizadas mediante laudo médico que justifique o porquê dessa internação (BRASIL, 2001).

Duarte *et al* (2012, p. 169) ressaltam que, na prática, no que se refere às internações, dificilmente há laudo da saúde que justifique as internações, conforme preconizado pela Lei e, "sendo assim, muitas vezes o juiz competente decide pelo deferimento do pleito com base em informações do autor da ação, sem que o quadro seja avaliado do ponto de vista clínico".

No cenário do município de Palmas, Alves e Nunes (2021) também constataram que a maioria das demandas, além de serem solicitadas pelos familiares, tem como intuito a confecção de um laudo psiquiátrico que comprove se há ou não a necessidade de internação involuntária.

> A busca por tratamento para abuso de substâncias psicoativas aparece em segundo plano, é pouco expressiva, indicando que a judicialização nestes casos não remete diretamente a garantia do direito ao acesso a saúde como deveria ser, mas sim em um caráter de contenção e segregação, que na verdade fomenta o afastamento deste indivíduo da sociedade (ALVES e NUNES, 2021, p. 45).

Mediante o exposto na presente categoria de análise, nota-se que a internação compulsória tem sido uma forma de contato entre CAPS AD III e a Defensoria Pública, haja vista que o acesso entre os serviços têm tido esse ponto de partida. Supõe-se que isso demonstra um afastamento e justifica o porquê da fragilidade no diálogo entre Defensoria Pública e CAPS AD III, evidenciando a necessidade de uma comunicação e de um espaço favorável para troca de ideias, dentre elas discussões de casos e até mesmo elaboração de estratégias de ações conjuntas voltados para o acolhimento desses familiares. Presume-se que tais intervenções em conjunto diminuiriam essas demandas e contribuiriam para a efetivação da política da reforma psiquiátrica.

a) Rede de Atenção Psicossocial de Palmas.

Alguns conteúdos registrados nas rodas de conversa trazem pontos ou situações que indicam fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial no município de Palmas, dentre eles o impacto que a pandemia causou na oferta do serviço de convivência do CAPS AD III e a falta do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop).

> *"Eu acho que o Centro Pop para Palmas é estratégico." (S1)*
>
> *"Centro Pop é uma necessidade e realidade que a gente precisa alinhar nesse momento." (S2)*
>
> *"Não estão acessando o CAPS porque não tem a convivência, porque com a pandemia a gente teve que tirar esse dispositivo do serviço, ainda hoje a gente não tem convivência…" (S2)*

O Centro Pop é um dispositivo da Assistência Social que integra a proteção social especial de média complexidade, sendo um espaço que atende pessoas em situação de rua. Além de ser um local que oportuniza convivência e suporte para necessidades básicas como banho e alimentação, o Centro Pop também oferta acolhimento, escutas e articulação em rede (PEDROSA e SERRANO, 2022). Sobre tal dispositivo, Pedrosa e Serrano (2022) analisaram os resultados do censo SUAS de 2019 e constataram que ainda existem muitos desafios relacionados ao trabalho de articulação que o Centro Pop realiza, especialmente com os serviços de urgência e emergência, no entanto ressalta um êxito, mesmo que moderado, entre a articulação dos Centros Pops com os CAPS.

Dentro desta categoria de análise também apareceu a necessidade da ampliação do serviço, considerando o alto índice de demandas desde a inauguração do CAPS AD III e a necessidade de um dispositivo que garanta um maior tempo em acolhimento de vinte e quatro horas, como pode ser observado nas falas dos participantes, transcritas abaixo.

> *"Quando eu falo que não temos equipe suficiente eu não sei, se a gente pegar demanda que tem aí de álcool e drogas talvez esse CAPS hoje já é pequeno, talvez essa equipe já seja pequena." (S1)*
>
> *"Palmas hoje não tem condições, precisamos de mais dispositivos de saúde mental." (S2)*
>
> *"A gente faz acolhimento de paciente e tem muitos pacientes que demandam mais tempo de acompanhamento. Nosso dispositivo é só 14 dias no máximo, que é o que nos protege pela portaria. Então a gente tem paciente que precisa de mais tempo de cuidado, precisa ter uma equipe multi e preparada com a mesma metodologia, porque se você manda para uma comunidade terapêutica é outra metodologia." (S2)*

Conforme Portaria 3.588 de 2017, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por alguns dispositivos, dentre eles: unidades básicas de saúde, CAPS, consultório na rua, centros de convivência, SAMU, UPA, hospitais psiquiátricos, unidade de acolhimento, sala de estabilização, leitos de psiquiatria (BRASIL, 2017). No atual contexto de Palmas, a RAPS carece de um espaço de convivência para seus usuários, ainda que a convivência seja uma proposta dos CAPS, a pandemia causada pela COVID- 19 intensificou os atendimentos individuais causando como consequência um entrave para a promoção desse serviço.

Um Centro Pop no município de Palmas seria uma conquista importante para o auxílio no cuidado às pessoas que estão em situação de rua e que fazem uso de substâncias. Seria um espaço que possibilitaria a ampliação da oferta de um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, contribuindo com o que está proposto pela Reforma Psiquiátrica e para uma melhor articulação entre saúde e assistência social.

a) Necessidade de organização de processo de trabalho entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública

A organização dos processos de trabalho entre as instituições foi um assunto recorrente nas rodas de conversa, sendo também alvo do estudo de Alves e Nunes (2021), os quais ressaltam que após o CAPS AD III responder a demanda da Defensoria Pública, a mesma não comunica ao CAPS qual foi o desfecho das buscas ativas realizadas pelos servidores do equipamento de saúde. Não ter esse retorno da Defensoria Pública dificulta a oferta de um atendimento adequado, uma vez que não há ciência se o usuário foi internado ou se está sem acompanhamento em outro dispositivo/serviço.

> *"A gente precisava criar um fluxo dentro da unidade para acompanhar essas demandas judiciais, porque a gente responde, e aí? Eles não acessam mais a vocês e não acessam mais a nós, e aí se perde na rede, se perde essa demanda." (S2)*

A equipe aponta para uma necessidade de cooperação entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública por meio de uma criação de fluxo que proporcione uma maior proximidade entre as duas instituições, qualificando o cuidado com os usuários e seus familiares. Ressalta-se que devido à falta de governabilidade da presente pesquisa não foi possível a criação de um fluxo. No entanto, em conjunto com a participação dos servidores e processos reflexivos elaborados durante a coleta de dados, fomentou-se tal discussão, dispararando movimentos favoráveis ao diálogo e à construção de fluxo entre as instituições.

> *"Nós, Defensoria e CAPS, precisamos criar um fluxo pra gente tá dando continuidade nesse cuidado." (S1)*

> *"O ideal seria a gente estabelecer os fluxos de relacionamento do serviço público com os serviços filantrópicos ou privados." (S1)*

> *"Eu acho que a gente precisa construir, mas é chamar mesmo o jurídico lá da secretaria e fazer um... sei lá... um protocolozinho de como deve proceder."(S1)*

Nota-se que tanto a equipe do CAPS AD III quanto a equipe da Defensoria Pública no momento de refletir sobre os processos de trabalho sentem a necessidade de uma maior aproximação entre os dois serviços. No entanto, demonstram ansiedades relacionadas a

demandas que consideram mais urgentes e que não estão sob o controle do CAPS AD III e da Defensoria Pública, um exemplo é a construção de um Centro Pop. Para os dois serviços torna-se relevante pensar ações de aproximação que estejam ao alcance das duas instâncias para executá-las, a devolutiva da Defensoria Pública e a busca na Defensoria Pública por parte do CAPS AD III quando respondida uma demanda é algo que pode ser executado sem necessariamente depender de um protocolo ou aval da gestão.

3.2 Comunicação entre as instituições

No que concerne ao segundo objetivo que buscou analisar as dificuldades de comunicação entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública foram criadas as seguintes categorias de análise: Burocratização no processo de comunicação e Diálogo Intersetorial.

a) Burocratização da comunicação

Observando os conteúdos surgidos nas rodas de conversas no eixo em que se tratava do segundo objetivo, foi possível notar diversas queixas relacionadas ao processo existente na comunicação entre os dois serviços. Atualmente há um fluxo que, apesar de não ser oficialmente instituído, segue uma hierarquização, de modo que o CAPS só recebe e responde as demandas da Defensoria Pública após essas demandas serem avaliadas pelo Jurídico da Secretaria de Saúde. Esse processo de comunicação deixa para os servidores a sensação de que exista uma verticalização da comunicação, expressa nas frases abaixo:

> *"As coisas chegam lá pra gente de cima pra baixo." (S2)*
>
> *"A gente tem uma comunicação, a gente manda ofícios." (S1)*

Uma das queixas da Defensoria Pública nesse processo da comunicação é o fato de ter que se comunicar com o CAPS AD III apenas por meio de ofício, que para sua realização há a necessidade da abertura de um processo. Além disso, o fato de a demanda não ser diretamente encaminhada para o técnico de saúde mental, o que segundo eles traz como consequência um procedimento dispendioso e sem informações precisas.

> *"Ofício é uma demanda e abre outro processo lá [na Defensoria Pública]." (S1)*
>
> *"O servidor lá, a enfermeira, o assistente social... se eu pedir uma informação para ele não pode... Aí tem que ser o chefe do serviço. Tudo bem! Então vamos lá, o coordenador... Aí muitas vezes o coordenador não pode..." (S1)*
>
> *"Eu acho que a gente tem que trabalhar mesmo, talvez a gente pensar em um termo de cooperação, não existe isso aí. Olha eu acho que nem precisa de ofício. Isso é burocratização do sistema." (S1)*

> *"Eu tive que mandar pra secretaria, pra secretaria fazer um filtro, mas aí a informação que eu quero não é essa com o filtro, entendeu? Eu quero é a informação real." (S1)*

Quanto ao CAPS AD III, a principal queixa está relacionada ao fato de não terem retorno quanto às demandas respondidas à Defensoria Pública reforçando o que está expresso na categoria "d" do item 3.1 da presente pesquisa, e principalmente, não ter um diálogo próximo. Isso seria importante para aproximação dos dois serviços e também para auxiliar o CAPS no processo de busca ativa.

Por conseguinte, há explicações sobre os motivos que levam o CAPS AD III a realizarem a comunicação entre os serviços dessa forma, via Ofício e este direcionado à Assessoria Jurídica da SEMUS. Um dos pontos destacados pelos servidores é que o serviço de saúde precisa resguardar o sigilo de seus usuários. O sigilo do paciente é respaldado legalmente por diferentes leis, dentre elas o Código de Processo Penal, que "[...] em seu artigo 207, proíbe de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar seu testemunho" (CÓDIGO DE PROCESSO PENAL citado por BOÂS, 2015, p.518). Além disso, Boâs (2015) também ressalta que o sigilo do paciente também é amparado pelo código de ética de diferentes categorias profissionais.

> *"Muitas vezes chegam algumas solicitações da Defensoria e a orientação do jurídico é que aquela questão da quebra do sigilo tem que ser do próprio paciente, muitas vezes vem da mãe, né? E a gente não pode fornecer todos aqueles quesitos que é solicitado devido a questão do sigilo." (S4)*

> *"A questão do sigilo eu super concordo com o sigilo, não tô discordando. Só que às vezes eu peço relatório justamente para evitar, porque senão eu vou ter que entrar com ação, e aí eu entro com ação e o juíz determina que você entregue o prontuário inteiro pra mim." (S1)*

> *"Por isso que a gente tem que se responder extrajudicial que se eu tiver que entrar, olha o tanto de processo, o tanto que custa o processo judicial, eu vou ter que entrar com ação para obrigar você a me dá o prontuário, aí você vai me dá o prontuário, morreu e acabou o processo. Aí vou ter que entrar com outro processo, entendeu? Essa é nossa ideia, por isso que a gente se comunicar bem, rápido." (S1)*

De acordo com pesquisa de Andreeti, Oliveira e Souza (2021) um dos motivos da comunicação entre judiciário e CAPS ser burocratizada, se deve ao fato do sistema judiciário acionar o CAPS apenas para a elaboração de laudo psiquiátrico, isso significa que seu único meio de comunicação com o CAPS são as demandas de solicitações de relatórios, o que demonstra uma carência de proximidade entre os dois serviços na oferta de um cuidado integral ao usuário. Outro ponto refere-se ao fato de o sistema judiciário ter o papel de

fiscalizador da rede pública, o que pode contribuir para o foco em ações de assegurar que as leis sejam cumpridas, dentre elas o acesso do usuário nos serviços públicos.

É compreensível o sentimento da burocratização do processo de comunicação entre Defensoria Pública e CAPS AD III, uma vez que as equipes gostariam de facilitar e otimizar as demandas por meio do diálogo. Concomitantemente, também é compreensível a existência dessa hierarquização, considerando que o judiciário, na maioria das vezes, é visto como uma instituição punitiva, quando em suas formalidades e determinações de "cumpra-se" pode causar no servidor da saúde um medo ou receio de fazer algo que não esteja certo. Além disso, existe o fato de que os servidores do CAPS AD III buscam e precisam de apoio e orientação jurídica para responder várias situações e, neste caso, a Assessoria Jurídica está sediada na Secretaria de Saúde. No mesmo sentido, a pasta possui a Gerência de Atenção Especializada, a qual conta com equipe com capacidade técnica para responder demandas dos serviços de saúde mental, podendo acionar tais serviços para a construção coletiva das respostas às demandas ou demais encaminhamentos necessários.

a) Diálogo intersetorial

Mesmo diante desses impasses no atual fluxo da comunicação, nota-se um anseio das equipes em otimizar e estabelecer um diálogo que favoreça uma maior proximidade entre os dois serviços.

> *"Muitas vezes é até difícil a gente sentar pra conversar" (S4)*

> *"Podemos melhorar, eu acho que essa aproximação é melhor fazer uma comunicação direta entre a gente, pra gente poder tá discutindo casos, estar conversando, não no sentido de punir, mas a gente poder tá construindo junto um plano de cuidado para esse paciente, para que o paciente também não veja a Defensoria como alguém que está aqui punindo e alguém que tá querendo cuidar, alguém que tá querendo se aproximar daquela situação ali, então assim nada melhor do que fazer uma comunicação direta, eu acho que isso facilitaria muito o nosso trabalho" (S2)*

Alves e Nunes (2021) também constataram a problemática do diálogo entre o CAPS AD III e a Defensoria Pública. Além de haver uma ausência de comunicação entre os dois serviços, sinalizam sobre a carência de uma aproximação entre as equipes multidisciplinares do CAPS AD III e da Central de Atendimento à Saúde da Defensoria Pública. Considerando que uma de suas atribuições é a de prestar auxílio nas ações da Defensoria Pública em suas diversas áreas de atuação (DIÁRIO OFICIAL DO TOCANTINS, 2016 citado por ALVES e NUNES, 2021).

No cuidado em saúde mental, sobretudo de usuários de substâncias psicoativas, é pertinente colocar em prática a interdisciplinaridade. Cézar e Melo (2018) reforçam que para isso existe a necessidade de ser trabalhado, cada vez mais, nos CAPS o conceito de território, uma vez que ele possibilita a análise das comunicações e do espaço humano. Pedrosa e Moreira (2017), no que concerne às práticas de articulação entre CAPS III e sistema judiciário ressaltam sobre um importante processo de mudança que deve ocorrer.

> Para além das mudanças administrativo-estruturais, apontamos para a mudança ético-política das estratégias de controle pautadas na judicialização e medicalização, para a inserção dos mecanismos de justiça nas discussões intersetoriais e para a retomada da noção de Atenção Psicossocial, própria do dispositivo CAPS. O fortalecimento do CAPS III, como dispositivo de atenção à crise, em detrimento de acolhidas ou internações hospitalares, também se evidencia como primordial. Inferimos que quanto mais estreito o diálogo entre as redes de atenção psicossocial e os agentes de justiça mais forte esta rede pode se tornar (PEDROSA e MOREIRA, 2017, p. 81).

Diante do exposto, faz-se necessário considerar que existem peculiaridades nesses dois serviços. O CAPS AD III tem uma forma de atuação que está muito voltada para discussões de casos, compartilhamento de ideias entre as equipes e articulações em rede, tal atuação expressa-se por meio das frases dos servidores do CAPS AD III, que no processo para a busca de uma aproximação citam as discussões de caso como um instrumento de diálogo, enquanto que a Defensoria Pública tem como ferramenta de comunicação os documentos formalizados, como ofícios e processos, comunicação esta bem característica do sistema judiciário. Todavia, notou-se uma iniciativa dos participantes da Defensoria Pública em facilitar essa comunicação, porém a questão facilitadora proposta pela Defensoria esbarra no receio dos servidores do CAPS em ferir algum princípio legislativo demonstrando a necessidade de um filtro e supervisão da Assessoria Jurídica da Secretaria de Saúde.

3.3 Propostas de intervenção

No que diz respeito ao terceiro objetivo que propôs elaborar em conjunto propostas de intervenções para aproximar as duas instituições, buscou-se analisar todo o conteúdo das rodas de conversa, não somente do terceiro encontro, agregando as sugestões expressadas por todos os participantes nos diferentes momentos da pesquisa.

Sendo assim, analisando e comparando as problemáticas enfrentadas e as possíveis sugestões ou intervenções apresentadas ou sinalizadas pelos servidores das duas instituições, elencando as seguintes categorias de análise: Busca ativa como ferramenta de intervenção e comunicação e Apoio matricial como estratégia de aproximação e diálogo.

a) Busca ativa como ferramenta de intervenção e comunicação.

A busca ativa é vista pelos participantes como uma ferramenta oportuna para aproximação no diálogo entre as instituições. O CAPS AD III expressou a dificuldade de não ter uma devolutiva da defensoria pública quanto ao que é feito com o paciente após respondida uma demanda, ao mesmo tempo em que a defensoria situa que é responsabilidade do CAPS AD III ir até a Defensoria para perguntar, demonstrando que isso é uma prática de busca ativa.

Sendo assim, foi discutida a possibilidade da seguinte organização: após respondida a demanda da Defensoria Pública, o CAPS AD III entrará em contato com o serviço depois de determinado prazo para a realização da busca ativa, com a finalidade de saber o que foi realizado com o paciente. Em seguida, a Defensoria Pública informará o número do processo para que o CAPS AD III acompanhe toda a movimentação.

> *"A busca ativa deveria ser uma prática mais contumaz, faz muito pouco, e quando faz a busca ativa se tiver um paciente agressivo ali ele não vai, que é quando a gente começa a partir para o lado das internações."(S1)*
>
> *"A busca ativa, ela tem que ser nossa." (S2)*
>
> *"É bom a defensoria informar para onde esse paciente foi, pois assim vamos fazer o monitoramento daquela demanda que é nossa, vamos fazer visita e aquele paciente ficará vinculado a nossa busca ativa. Se vocês passarem alguma decisão também é interessante que a gente vai ter essa orientação, "ó, o paciente está internado em tal cidade. Está há quantos meses lá?" Até pra gente tá acompanhando essa família e estar orientando o pós internação." (S2)*
>
> *"Informar o número do processo, aí no número do processo terá sempre uma movimentação" (S1).*

Um dos princípios que organiza o processo de trabalho da Política de Saúde Mental e da Atenção Básica é a noção de território, que busca efetivar uma prática de saúde mais próxima das vivências de seus usuários (LEMKE e SILVA, 2010). Essa proximidade pode acontecer por meio da busca ativa, uma vez que ela permite que o profissional da saúde vá até seu usuário. De acordo com a Pereira et al. (2013), a busca ativa proporciona a interação com o usuário e seu território, uma vez que ela permite conhecer o seu contexto e também:

> "Entender e conhecer as relações que o usuário cria com sua morada, familiares e sociedade, assim como o grau de envolvimento com os mesmos. Permite também avaliar o sofrimento psíquico do usuário e de seus familiares, suas condições e qualidade de vida, avaliar se existem co-morbidades associadas aos transtornos mentais" (PEREIRA et al. 2013, p. 410).

Ainda que a Defensoria Pública exija uma maior prática de busca ativa relacionada às suas demandas e o CAPS AD III assuma a responsabilidade dessa busca ativa, nota-se que a Defensoria Pública ainda utiliza de formalidades para devolutiva após a realização dessa busca ativa. Tal formalidade é expressa no passar o número do processo para que o CAPS acompanhe a demanda, reforçando o que já mencionado na presente pesquisa "a burocratização da comunicação". Supõe-se que isso impossibilita a aproximação no que tange às discussões de caso muito sugerida pela equipe do CAPS AD III, diálogo este que poderia ser fortalecido nas rodas de conversas se houvesse uma maior participação também da equipe multidisciplinar da Defensoria Pública.

a) Apoio Matricial como estratégia de aproximação no diálogo.

Quando abordados sobre a não adesão do paciente ao tratamento no CAPS AD III e ao acesso da família em contrapartida ao acesso do usuário, os servidores apresentam o apoio matricial como ferramenta de cuidado, que com efeito pode ser uma importante estratégia de aproximação e diálogo entre as duas instituições.

> *"A gente faz os matriciamentos nos CSCs, nós somos o articulador da rede em saúde mental, o CAPS é o articulador da rede,então a gente faz os matriciamentos nos locais, nos CSCs, nos pontos da rede para justamente trazer essas demandas." (S2)*
>
> *"O que eu aprendi sobre isso é que nesses casos a gente aplica o chamado matriciamento. Matriciamento não é apenas em casos em que o paciente está participando das atividades e a gente precisa tomar alguma medida em relação a algum problema específico que o CAPS não dá conta. Também são casos em que o paciente se recusa a ir ao CAPS e ele não quer participar de fato, então a gente acessa os outros pontos da rede para junto com eles traçar estratégias sobre olhares e opiniões a respeito daquele caso, e a partir disso a gente pode talvez conseguir ajudar esse paciente, não é uma certeza, mas é algo que precisa ser feito e é algo que de fato e que nós temos ao nosso alcance e quando tudo mais falha, aí sim a internação, como o senhor diz a internação é em casos que todas as outras medidas já falharam, aí sim, essa é uma alternativa uma possibilidade e eu só gostaria mesmo de esclarecer isso, que temos isso ao nosso alcance, é o que podemos fazer e é o que geralmente nós fazemos, acessar outros pontos. Até porque o paciente ele é um ser biopsicossocial ele tem necessidades que vão além dessa visão psicológica isso pode e deve ser trabalhado também por outros pontos de atenção a saúde." (S3)*
>
> *"Isso, olha só, essa devolutiva a gente pode criar isso, por exemplo, ela disse que tem pacientes que realmente não aderem, então aí você pode fazer o matriciamento, você vai acompanhando e tal, mas talvez se você ver que é um perfil social, você que tá lá na região, você pode talvez nos encaminhar, entendeu?" (S1)*

Entende-se por Apoio Matricial ou Matriciamento as práticas de intervenção pedagógica entre equipes. Trata-se de um auxílio especializado que pode ser realizado por profissionais de diferentes categorias, destinado para equipes a fim de ampliar seu repertório de conhecimento. Pode ser realizado por meio de ações compartilhadas e de forma integrada.

É uma prática que ocorre com frequência entre as equipes de saúde, um exemplo costumaz é a integração entre saúde mental e atenção básica, que por meio de interconsultas, consultas conjuntas e visitas domiciliares compartilhadas podem traçar um plano de cuidado para os usuários dos serviços das unidades de saúde (GONÇALVES et al., 2011).

De acordo com Da Silva, Da Silva e Miguel (2020) ainda há poucas pesquisas que abordam o matriciamento e o sistema judiciário, no entanto essa ferramenta pode proporcionar uma maior agilidade, tanto nos processos judiciais, quanto nos processos de organização de fluxo de trabalho das equipes multiprofissionais. Também, o matriciamento pode ofertar amparo nas decisões judiciais e na redução da judicialização da saúde uma vez que permite "[..] se pensar em uma ação preventiva da rede bem estruturada no atendimento de sujeitos, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade" (DA SILVA; DA SILVA; MIGUEL, 2020, p. 9787)

No contexto do CAPS AD III e da Defensoria Pública, acredita-se que o matriciamento serviria como um potente articulador da rede, uma vez que possibilitaria a aproximação por meio de reuniões para discussão, encaminhamentos e acompanhamentos dos casos. Além disso, pode permitir a prática da educação permanente,oportunizando um espaço onde os dois serviços, podendo conhecer melhor a atuação um do outro. Outrossim, servindo como planejamento e troca de saberes acerca dos acolhimentos desses familiares que muito acessam a defensoria, do mesmo modo que o CAPS poderia intervir, uma vez que teria um maior conhecimento dos casos que acessam o judiciário. Cabe destacar que para essa finalidade, seria fundamental também a participação da equipe multidisciplinar da Defensoria Pública.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, foi possível compreender, a partir das rodas de conversas, que a Defensoria Pública tem sido acionada, em sua maioria, pelos familiares de usuário de substâncias psicoativas e que os mesmos acionam a Defensoria para os pedidos de internação. Constatou-se que o acesso da Defensoria Pública ao CAPS AD III do município de Palmas/TO ocorre a partir dessas demandas e que o usuário que tem o "perfil" para estar no CAPS AD III não tem buscado nem a Defensoria e nem o CAPS, dificultando o que preconiza o principal acesso ao CAPS, que é o respeito pela autonomia do usuário.

Percebe-se também que a fragilidade das relações entre CAPS AD III e Defensoria Pública está posto pelo processo burocrático dos trâmites na comunicação entre os

serviços, consequência do longo histórico do judiciário como uma instância fiscalizadora e também do receio que os servidores do CAPS AD III tem em passar alguma informação que fira algum princípio legal. De certo modo, faz-se necessário romper com essa lógica, supondo-se que tal rompimento pode ocorrer por meio de processos formativos em que a Assistência Jurídica da Secretaria de Saúde esteja envolvida.

Faz-se necessário também a criação de espaços dialógicos com a gestão dos serviços, com a equipe multiprofissional da Defensoria Pública lotada na Central de Atendimento à Saúde (CAS). A abertura de espaços e processos de trabalho que oportunizem e fomentem discussões de casos, compartilhamentos de saberes, espaços que estejam presentes também os usuários dos serviços e seus familiares. Acredita-se que tais ações trariam como impacto uma rede melhor articulada e uma diminuição de demandas com foco em pedidos de internação. Importante destacar a necessidade de processos de educação permanente para os servidores dos dois serviços, voltada para o moviemnto da Reforma Psiquiátrica e o cuidado em liberdade, por exemplo.

Conclui-se que este estudo contribui para refletir sobre os processos de trabalho entre CAPS AD III e Defensoria Pública e também sobre as práticas em Saúde Mental de usuários que fazem uso de substâncias psicoativas. Compreende-se que este estudo pode repercutir em novas pesquisas voltadas para aproximação e fortalecimento da articulação em rede, especialmente entre CAPS AD III e sistema judiciário, além de seus achados poderem direcionar intervenções por parte dos gestores e servidores de tais instituções. Em pesquisas que visem explorar a construção de fluxos entre serviços e instituições, sugere-se avançar na escuta dos profissionais e também dos gestores, quanto às propostas de intervenção que visualizam, dialogando coletivamente sobre tais reflexões e sugestões, favorecendo a aproximação e o diálogo entre as instituições, por fim, contribuindo com boas práticas em saúde mental

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para reinventar as rodas:** rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

ALVES, M. B. S.; NUNES, J. R. Demandas judiciais: adesão dos usuários ao tratamento no CAPS AD III de Palmas - TO. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 52, p. 40-56, 2021. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3334. Acesso em: 23 de dez. de 2021.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 de dez. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3588**/GM, de 21 de dezembro de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 21 de dez. De 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n°. 130**/GM, de 26 de janeiro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 21 de dez. de 2021.

BRASIL. **Resolução n° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 20 de dez. de 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 17 de jan. de 2022.

BARTOLOMEI, J. R.; REZENDE, L. F. Judicialização da saúde e internações compulsórias de jovens usuários de drogas: um estudo em Espírito Santo do Pinhal/SP. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 2, p. 92-111, 2017. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142025. Acesso em: 21 de dez. de 2021.

CÉZAR, Michelle de Almeida; MELO, Walter. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 127-142, 2018.
CHIAVERINI, Dulce Helena et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011.

DA SILVA, Geisiele Aparecida; DA SILVA, Rosária Marília; MIGUEL, Edson Roberto Arpini. Projeto de matriciamento judiciário: uma proposta de organização e gestão do trabalho interprofissional no âmbito da justiça/Judicial matrix project: a proposal for the organization and management of interprofessional work within the scope of justice. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 9782-9788, 2020.

DE MELO, Patrícia Freitas; DE PAULO, Maria de Assunção Lima; GRANDE-UFCG, Campina. **A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas**. 2012.

DUARTE, C. G. Internação compulsória: a atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Revista da Defensoria Pública**, v. 5, n. 1, p. 156-181, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

FREITAG, Raquel Meister Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência?. **Revista de estudos da linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018. Disponível em: http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/view/12412. Acesso em: 29 de mar. de 2022.

GONDIM, S. M. G.; BENDASSOLLI, P. F. Uma crítica da utilização da análise de conteúdo qualitativa em psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 191-199, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/M6cwvMCxw8xnKcbMVhmTBmp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 de jan. de 2022.

JÚNIOR, H. C. M. Psicologia e justiça: a psicologia e as práticas judiciárias na construção do ideal de justiça. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 18, p. 28-37, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/JWpDkHVyYWKnXNZBNJLCHKv/?format=html&lang=pt. Acesso em: 20 de jan. de 2022.

LEMKE, Ruben Artur; DA SILVA, Rosane Azevedo Neves. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2018. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858. Acesso em: 20 de jan. de 2022.

SILVA, L. L. S. et al. Familiares que procuram internação compulsória para membros usuários de drogas: perfil, expectativas e necessidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, p. 1-8, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/3DGxG5KP3qTnp7DgzLSryCL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 de jan. de 2022.

PEDROSA, Tacianna Bandim; CÁCERES-SERRANO, Pablo. Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 27, p. 161-172, 2022.

PEDROSA, Tacianna Bandim; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Saúde mental e justiça: os desafos do cuidado em rede. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 2, p. 73-82, 2017.

PERUZZO, C. M. K. Pressupostos epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação. **Estudios sobre las culturas contemporáneas**, v. 23, n. 3, p. 161-190, 2017. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/316/31652406009/31652406009.pdf. Acessado em: 20 de jan. de 2022.

PEREIRA, Maria Odete et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta paulista de enfermagem**, v. 26, p. 409-412, 2013.

TOCANTINS. **Lei Complementar Nº 55**, de 27 de Maio de 2009. Organiza a Defensoria Pública do Estado do Tocantins e adota outras providências. Palmas, 27 maio 2009. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/269701/. Acesso em: 17 de jan. de 2022.

RODAS DE CONVERSA: ESTRATÉGIA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

TALKING WHEELS: STRATEGY OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE EXPANSION OF KNOWLEDGE TO PROMOTE MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Resumo: A falta de conhecimentos sobre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) causa grandes prejuízos na vida dos pacientes e compromete o processo da reabilitação psicossocial. O presente projeto de pesquisa pretende contribuir com a Reabilitação Psicossocial, através de uma intervenção no CAPS II de Palmas-TO. A Terapia Ocupacional (TO) utiliza diversos recursos, entre eles, a estratégia da Roda de Conversa, que é uma metodologia participativa e uma prática de Educação em Saúde. Ela possibilita a troca de experiências entre os pacientes e o diálogo horizontal entre cuidador e paciente, promovendo novos conhecimentos e favorecendo o prognóstico. O objetivo do estudo é compartilhar informações específicas sobre o TAB, ampliando o autoconhecimento e melhorando o prognóstico dos sujeitos participantes.

Palavras chave: Transtorno Afetivo Bipolar, Roda de Conversa, Intervenção, Terapia Ocupacional.

Abstract: The lack of knowledge about Bipolar Affective Disorder (BAD) causes great damage to patients' lives and compromises the psychosocial rehabilitation process. This research project aims to contribute to Psychosocial Rehabilitation, through an intervention in CAPS II of Palmas-TO. Occupational Therapy (OC) uses several resources, including the Conversation Wheel strategy, which is a participatory methodology and a health education practice. It enables the exchange of experiences between patients and the horizontal dialogue between caregiver and patient, promoting new knowledge and favoring prognosis. The aim of the study is to share specific information about THE, expanding self-knowledge and improving the prognosis of the participating subjects.

Keywords: Bipolar Affective Disorder, Conversation Wheel, Intervention, Occupational Therapy**.**

Introdução

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma condição psiquiátrica caracterizada por alterações graves de humor, que envolvem períodos elevados de euforia e depressão (BOSAIPO, 2017). A fase depressiva é geralmente caracterizada por alguns desses sintomas: tristeza, sentimento de culpa, ansiedade, inquietação, irritabilidade, perda do interesse de realizar atividades habitualmente interessantes, fadiga, falta de energia, dificuldades de raciocínio, alterações de sono e apetite, baixa

autoestima, diminuição da libido sexual, dificuldades de sentir alegria ou prazer, fácil distração, pensamentos suicidas (ARTEEL, 2011).

A mania e a hipomania são caracterizadas por alguns desses sintomas: autoestima exagerada ou irritabilidade, impaciência, sentimentos de grandiosidade, otimismo e confiança exagerados, pouca capacidade de julgamento, crenças irreais sobre si próprio ou poderes (acreditando ter dons), níveis de energia e impulsos sexuais aumentados, ideias novas e entusiasmantes, perda de concentração, gastos excessivos, agressividade física e/ou verbal, insônia e pouca necessidade de sono, redução do sono, abuso de álcool e drogas. A hipomania é um estado de mania mais leve, que pode não comprometer tanto a capacidade de funcionamento do paciente. Já os estados mistos apresentam sintomas de depressão e mania ou hipomania acentuados ocorrendo simultaneamente. A pessoa pode sentir-se deprimida pela manhã e progressivamente eufórica com o passar do dia, ou vice-versa (MORENO et al, 2005).

Quanto à prevalência do TAB, há diversos estudos apresentando vários resultados, de acordo com os critérios de diagnósticos adotados. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o TAB pode afetar até 3% da população brasileira (CARVALHO et al, 2010). Segundo a ABTB (Associação Brasileira de Transtorno Bipolar), o transtorno atinge 4% da população brasileira (AGÊNCIA BRASIL, 2013). De acordo com a ABRATA (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos), o TAB é relativamente comum, podendo afetar de 3% a 10% da população (TUNG, 2014).

A etiologia do transtorno bipolar é considerada multifatorial, causado pela interação de fatores genéticos e ambientais (BOSAIPO et al, 2017). O diagnóstico é realizado através de entrevista detalhada, exames do paciente e informações colhidas com o próprio paciente e familiares. Até o momento não existem exames laboratoriais ou de imagem específicos para o diagnóstico de TAB (CARVALHO et al, 2010).

A Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial de Saúde, em sua décima revisão, a CID – 10, classifica como F.31 o Transtorno Afetivo Bipolar. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – V), da Associação Psiquiátrica Americana, classifica como Tipo I quando apresenta um ou mais episódios de mania alternando com depressão e Tipo II com a presença de pelo menos um episódio de hipomania e um ou mais episódios depressivos (DEL PORTO,

2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o TAB é a sexta causa de incapacidade funcional comparada às outras doenças e a terceira entre os transtornos mentais (COSTA, 2008). Os pacientes bipolares apresentam um risco 28 vezes maior de apresentar comportamento suicida do que o resto da população, metade dos pacientes tentam o suicídio e 15% conseguem tal ato (PORTAL ENFERMAGEM, 2012).

Os tratamentos para o TAB são realizados de diversas formas. Entre o tratamento farmacológico, destaca-se a classe dos estabilizadores de humor, sendo o lítio o seu principal representante e podendo ser utilizados em todas as fases do tratamento. No campo farmacológico, os anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos também podem ser utilizados na terapia farmacológica (GAMA, 2011), combinados com as Psicoterapias (ARTEEL, 2011) e os Grupos de Apoio.

A terapia ocupacional (TO) também contribui no tratamento. Trata-se de uma ciência e profissão que se configura como

> [...] um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensórias, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade da inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizado e orientador, na construção complexa e contextualizado do processo terapêutico (CAVALCANTI; GALVÃO, 2014).

A atuação da TO com pessoas com TAB busca desenvolver estratégias para melhorar a qualidade de vida do paciente (MARQUES, 2010). O terapeuta ocupacional pode trabalhar utilizando diversos recursos, tais como rodas de conversa, oficinas terapêuticas, grupos focados em determinados pontos a serem reabilitados, visando a reestruturação do cotidiano (MONTREZOR, 2013). Através de dinâmicas e relatos de experiências, as pessoas podem se identificar com as experiências de vida dos outros participantes, bem como facilitar a socialização, visto que o paciente com TAB pode sofrer alterações psicossociais. A TO pode proporcionar a descoberta de novos caminhos, novas habilidades e o resgate de potenciais, visando assim a ressignificação da vida do sujeito, buscando minimizar os impactos do TAB (MARQUES; MOYA, 2010).

O terapeuta ocupacional deve realizar atividades que facilitem o encontro com a pessoa em sofrimento psíquico. Muitas vezes, o paciente terá que ressignificar suas experiências, buscando lembranças anteriores ao seu processo de adoecimento e que

deem sentido à sua vida, mas também buscar novos caminhos de construção de sua subjetividade, compreendendo quem ele é, o que gosta de fazer, suas relações interpessoais (MATSUKURA, 2016).

Segundo Matsukura (2016), a vida é uma “rede de trocas e de relações humanas” (MATSUKURA, 2016, p. 71), em que a promoção da saúde é conquistada pelo vínculo criado com o paciente, pela participação e trocas de experiências no cotidiano e produção de outros meios de subjetivação. Por isso, um dos princípios norteadores da prática do terapeuta ocupacional é a ideia de que o fazer junto tem efeito terapêutico (KEBBE, SANTOS E COCENAS, 2010).

No âmbito da Educação em Saúde, a TO tem sua prática vinculada ao uso de atividades que estimulem as pessoas a reconhecerem seu estado de saúde e as mudanças necessárias no cotidiano, a fim de que elas conquistem sua autonomia. Nesse sentido, a Educação em Saúde, por ser uma abordagem realizada por meio de aconselhamentos interpessoais, visa levar o conhecimento na intenção de provocar mudanças de atitude (OLIVEIRA, 2004).

A Terapia Ocupacional pode, portanto, contribuir para a melhora da qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa, possibilitando reflexões sobre seus processos de sofrimento e construindo saídas para enfrentá-los. Esse foi um dos propósitos da realização dessa pesquisa, cujo objetivo principal foi o de contribuir com a Reabilitação Psicossocial dos usuários com TAB e os específicos foram os de compartilhar informações sobre o Transtorno Afetivo Bipolar com usuários do CAPS II do município de Palmas – TO, favorecer a adesão aos tratamentos através da informação sobre o TAB e melhorar o prognóstico estimulando os pacientes a serem protagonistas do seu tratamento.

Partiu-se do seguinte problema de pesquisa: “A desinformação acerca do Transtorno Afetivo Bipolar compromete o processo de reabilitação dos pacientes bipolares?” para pensarmos sobre o pressuposto de que o desconhecimento dos pacientes sobre o diagnóstico de TAB e seus tratamentos prejudica o prognóstico e a qualidade de vida. Uma proposta de intervenção que visa fazer circular saberes e ampliar o conhecimento pode ter efeitos positivos no tratamento.

Sociedade, familiares e os próprios pacientes apresentam grande desconhecimento sobre os transtornos mentais, sendo esse o motivo de origem do preconceito e do (auto)estigma (SORDI, 2015). Acredita-se que a desinformação

acerca dos transtornos mentais, entre eles o TAB, compromete o processo de reabilitação psicossocial, marcando negativamente os pacientes, originando preconceitos, discriminações, estigmas e diminuindo a qualidade de vida dos pacientes. O presente projeto justifica-se pela proposta de que uma intervenção pode contribuir positivamente no processo de ampliação de conhecimentos e na formação de uma consciência crítica, para tomada de decisão pessoal com responsabilidade, favorecendo o prognóstico do paciente.

Bento (2014) destaca os meios de comunicação responsáveis por representações inadequadas acerca do transtorno mental. Logo, a falta de conhecimento sobre os transtornos mentais, faz com que os meios de comunicação social consigam transformar alguns assuntos de saúde mental em problemas de segurança, capitalizando medo, violência e “irracionalidade” na comunidade, contribuindo mais ainda para a incompreensão dos transtornos mentais. A desinformação acerca deles, incluindo sobre o TAB, compromete o tratamento, marcando negativamente os pacientes, suas famílias, as instituições de reabilitação, uso de medicamentos, o acesso ao trabalho, atividades escolares e sociais (HIRATA, 2015).

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa interventiva. A pesquisa qualitativa enxerga os dados como construídos num determinado contexto e que esse deve ser considerado como consequente dos questionamentos em um local específico. A pesquisa qualitativa permite um tipo de discussão teórica e metodológica que abrange, além da vertente educacional e os demais alcances do conhecimento da vida humana, aspectos como linguagem e relações sociais. Já a pesquisa interventiva enfatiza os aspectos psicológicos tanto na aplicação da proposta quanto no conhecimento dos participantes, nas relações que são estabelecidas entre participantes e pesquisadores e também na compreensão, análise e exposição do conhecimento produzido (BAPTISTA, 2006).

A pesquisa apresenta Rodas de Conversa como instrumento metodológico, pois esta abre espaços para que os pacientes envolvidos estabeleçam espaços de diálogos, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro, em um movimento de

troca de experiências e ampliação de conhecimentos acerca do tema abordado (GUARDA et al, 2017). A Roda de Conversa é, no âmbito da pesquisa, uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo.

As Rodas de Conversa: potentes instrumentos de intervenção em saúde

Para construção dos dados da pesquisa, foram utilizados questionário, análise documental pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão do E-SUS (PEC/ESUS) e pelos Registros de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS), roteiro para Roda de Conversa. Foram propostos 5 encontros semanais no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Palmas/TO, e as temáticas trabalhadas a cada encontro da Roda de Conversa foram gravadas. Foi realizada uma escuta cautelosa de cada encontro e análise criteriosa da participação de todos os participantes, sendo transcritas as informações mais relevantes para a construção da pesquisa. Os questionários aplicados foram avaliados com rigor para contribuir com a produção científica.

A seguir, relatamos alguns trechos do conteúdo das Rodas de Conversa que ilustram a riqueza do processo de pesquisa para os usuários do CAPS e para o pesquisador.

Primeira Roda de Conversa

No primeiro encontro, foi realizado um acolhimento com os participantes e umas orientações para que todas se apresentassem (o nome, local onde nasceu, há quanto tempo mora em Palmas, quais as expectativas em relação às Rodas de Conversa, há quanto tempo faz tratamento). Enfim, a apresentação era de livre expressão, apenas fiz umas sugestões para um direcionamento de “quebra de gelo”.

Chamaremos os participantes de “P1”, “P2” e “P3”, a fim de resguardar suas identidades.

O primeiro participante, relatou que: *“Eu me chamo J. tenho 19 anos, sou de Palmas mesmo, tive uma crise de bipolaridade, por isso estou aqui no CAPS desde o final de julho. As minhas expectativas são as melhores para essas Rodas de Conversa, conhecer mais sobre tudo o que eu passei.*

Já o P2 *“Meu nome é L. nasci no Maranhão, tenho oito anos que moro aqui em Palmas, tem 13 anos que faço tratamento. Já tive internada duas vezes, e as minhas expectativas para as Rodas de Conversa é que eu aprenda mais coisas sobre o Transtorno Bipolar, porque eu nunca estudei muito sobre o assunto, apenas umas coisas por alto”.*

P3 contou que *“Meu nome é T., estou no CAPS há sete anos, nunca fui internada, já vai fazer dois meses que eu não estou tomando remédios. Eu morava com meu pai, desde 2014 estou me tratando no CAPS e no momento eu estou bem. Eu quero saber mais se é depressão, bipolar, alguma coisa assim”.*

O terapeuta ocupacional questionou: *“Mas está sendo acompanhado pelo médico?”.*

P3 respondeu: *“Sim”. A maioria da família já foi internada. Não sei falar o motivo. Mas no momento estou bem. Minha mãe era professora e estudava psicologia e me dizia que falta de vitamina no corpo, no cérebro, e não é transtornos de mais como as pessoas vão falar. Falta de dormir e tem alguns traumas também. E por que eu nunca internei?*

O terapeuta explicou sobre a importância da adesão aos tratamentos, abandono dos medicamentos, riscos recaídas e esclareci que nem todos os pacientes bipolares passarão pelo processo de hospitalização. Foram mencionados outros tipos de tratamentos envolvidos como: psicoterapias, psicoeducação, terapia ocupacional, atividades físicas, prática de esportes, a importância do sono, hábitos saudáveis, não fazer uso de álcool e outras drogas. Perguntou-se aos participantes se alguém já tinha participado de alguma Roda de Conversa.

P1 respondeu que “*Mas só em época de escola, participei sim*”.

O momento foi interessante para o terapeuta trazer a definição de Roda de Conversa para o grupo: “*Consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas. É um espaço para Educação em Saúde e formação de sujeitos mais autônomos, possibilitando maior interação e troca de conhecimentos entre os pacientes, ampliando saberes, além de contribuir para a efetividade do tratamento de cada paciente. O espaço da roda de*

*conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os pacientes podem se reconhecer como condutores de suas ações, promovendo sua reabilitação psicossoc*ial".

P3 reflete que "*Eu falo que tem cura, porque eu conheço duas pessoas que falou, porque só é Deus que pode curar as pessoas e quando eu era de Deus eu não era doente, eu era feliz".*

Foi explicado sobre a fé e crenças como fator de proteção, mas que pessoas tementes a Deus também adoecem e necessitam de ajuda psicológica. Pastores, padres são exemplos que também sofrem de transtornos mentais e precisam de ajuda especializada e também tomam medicações. Citei exemplos de pacientes bipolares que conseguiram ressignificarem suas vidas, são independentes com qualidade de vida e que ainda fazem uso de medicações.

P1 compartilhou que: *"Inclusive a minha recaída que tive que ficar internada, foi porque eu parei com as medicações".*

P2 disse que: *"A minha recaída se deu devido a uma troca de medicações que o médico fez. Passou antidepressivo e eu tive uma virada e fui internada".*

Foi perguntado ao grupo "*O que vocês entendem sobre Transtorno Afetivo Bipolar? Pelo tempo que fazem tratamentos, vocês acham que tem pouco conhecimento sobre o assunto, um conhecimento médio, ou acham que tem muito conhecimento*?"

P1 refletiu: *"Eu acho que não tenho conhecimento quase nenhum, porque minha crise foi recente, em junho deste ano. Agora se fosse uma situação de depressão, eu saberia mais, porque eu tive três antes da crise, agora de Transtorno Bipolar eu não sei de quase nada".*

P3 contribui com a seguinte fala: *"Eu também não sei, agora de depressão eu sei, porque casos, agora de Transtorno Bipolar, não".*

P2 pensou: *"Eu já sei das três fases: depressão, mania e hipomania. O meu transtorno sobe mais para a fase mania. Na fase da mania a gente perde o controle".*

P3 disse que *"Eu quase fui internada, mas meu avô não deixou. Mas foi por causa de alimentação".*

P2 relatou que *"Cada paciente reage de uma forma, cada organismo".*

Foi mencionado pelo terapeuta a importância dos hábitos saudáveis e não fazer o uso de álcool e outras drogas.

P1 corroborou com isso dizendo: *“Não pode né. Quem toma medicamento controlado fazer uso de bebida alcoolica?”*

O terapeuta dialogou sobre a relação do álcool x medicamentos e também o álcool x TAB. Após alguns esclarecimentos, propôs-se uma atividade para avaliação de conhecimentos sobre o TAB. Foi aplicado o questionário como estava proposto com o consentimento dos participantes. Após realizarem a atividade, foi entregue o material de uso individual (um caderno, uma caneta preta, uma caneta azul, um lápis, uma borracha, um apontador), e explicado que os materiais deveriam ser trazidos nos próximos encontros. Ficou pactuado o próximo encontro para dia 28/09/22 às 14:30 horas abrangendo o TAB, estigma e causas. O encontro encerrou às 15:57 horas. O serviço ofertou lanche para os participantes.

Segunda Roda de Conversa

A segunda Roda de Conversa aconteceu dia 28/09/2022 às 15:20 horas. O atraso se deu devido a uma participante que se atrasou um pouco e principalmente pela falta de disponibilidade de sala para realização da Roda de Conversa. O encontro não ocorreu em uma sala devido a indisponibilidade do serviço. Foi pactuado com os participantes para realizar a Roda de Conversa próximo aos banheiros, em um local sombrio e com possibilidades de privacidade.

Iniciamos a Roda de Conversa com acolhimento aos participantes e abrindo um espaço para a socialização de acontecimentos nos últimos dias

P1 contou que *“A minha tia morreu. Ela estava internada na UTI e já veio a óbito e hoje faz uma semana. Aí nós estamos mais de luto em família. Ela já estava intubada, um processo que se repetiu por quatro vezes. Teve uma parda cardíaca. Tinha 59 anos era diabética e pegou pneumonia e foi piorando. Recebeu alta, mas retornou para casa, mas logo teve que voltar para o hospital”.*

P1 foi confortado com palavras de acolhimento e fortalecimento.

P3 disse: *“Fui visitar minha tia na segunda e ela disse que está tomando remédio controlado também. Aconteceu com ela também e ela não tinha falado para ninguém. Eu falei para ela que tinha que fazer exames de sangue e de fezes para vê se precisa tomar remédios, por que eu não sabia, mas tem clínicas que faz”.*

O participante P3 também relatou que: *“E também tem cura, porque eu conheço duas pessoas que estão curadas, assim elas buscaram a Deus e até hoje estão na igreja”.*

O terapeuta esclareceu que o TAB *“É um transtorno de difícil diagnóstico e que não diagnostica por exames de sangue e nem exames de imagens. Existem muitos sacerdotes (padres) e pastores, líderes religiosos que também sofrem de transtornos mentais, fazem tratamentos, tomam medicações e ressignificaram suas vidas. Exemplifiquei com o padre Marcelo Rossi (que teve depressão) e o padre Fábio de Melo (crises de pânicos graves). Logo, mesmo servindo a Deus, praticando nossa fé, todos estamos sujeitos a adoecermos e por isso existem os psicoterapeutas para ajudar as pessoas que precisam de ajuda psicológica”.*

P2 relatou: *“Eu quero dizer que foi ontem a psiquiatra mudou minhas medicações, o lítio. Eu creio que vai fazer bem, porque estava baixa a dose. E vai melhorar tanta coisa, tanto estresse que eu ando sentindo”.*

O participante P3 trouxe um resumo sobre TAB e compartilhou com o grupo. Mencionou que as causas do TAB ainda são desconhecidas, mas desequilíbrio químico no cérebro e traumas estão envolvidos. Compartilhou sobre neurotransmissores como serotonina e noradrenalina e o termo alucinações que ela não sabia o que era. Após compartilhar sua pesquisa aproveitei para explorar mais sobre o tema:

O terapeuta perguntou se os participantes acreditavam que o TAB é uma doença recente ou tem bastante tempo.

P2 contribuiu com a seguinte fala: “Eu acho que tem bastante muito tempo, porque tem uma escritora a Virgínia Woolf que tinha transtorno bipolar e morreu em 1941”.

P1 prosseguiu: *“É... se tem o caso da escritora né”.*

P2 indagou: *“Mas tem quanto tempo que surgiu o Transtorno Bipolar?”*

O terapeuta compartilhou conhecimentos desde a época Aereteus da Capadócia (I século depois de Cristo) que trouxe as primeiras informações da doença. Foi mencionado também como eram os tratamentos anteriores, manicômios e expliquei sobre o processo da Reforma Psiquiátrica e os novos serviços que surgiram, entre eles os CAPS.

P3 diz que *“Quando uma pessoa é maltratada, ela não quer ficar nos locais né?”*

O terapeuta concordou: "*Verdade, os maus tratos trazem muito sofrimento para as pessoas e elas precisam estar em locais e próximo de profissionais que ofertam um tratamento humanizado. Vocês acham que muitas pessoas tem o TAB?"*

P1 pensa que *"Muitas ... eu acho que duas a cada".*

O terapeuta compartilhou alguns dados estatísticos que variavam de 1,5% a 3% de fontes diferentes, e que, a Associação Brasileira de Psiquiatria cita que o TAB pode afetar até 3 % da população, ou seja, mais de seis milhões de brasileiros. *"Muitas pessoas têm transtorno bipolar, mas devido ao preconceito e discriminação, vivem mais isolados evitando participações sociais e comprometendo seus tratamentos. Alguém de vocês já sofreram algum tipo de discriminação?"*

P2 desabafou: *"E já ... aqui não, porque aqui ninguém me conhece. As pessoas que me conhece são poucas que sabem que eu tenho transtorno bipolar. Eu sofri na minha cidade, porque quando eu tive a primeira crise, foi a equipe de saúde de lá que me levou para a clínica. Eu ia cortar o cabelo bem baixinho, aí quando eu voltei da clínica, que eu já estava boa, aí as pessoas falavam que essa aí tem doença mental. Isso me incomodou muito".*

P3 relatou: *"Eu não tive problema nenhum em assumir que eu tomo remédio, porque muita gente da minha família toma, aí me acolheram".*

P1 também relatou: *"Não passei por uma situação até o momento. Não que tenha chegado diretamente até mim, se falaram foi pelas costas. Quando eu tive depressão da última vez, meus amigos me acolheram muito, principalmente da igreja. Eles faziam até planos para mim, para organizar meu dia a dia. Nem quando eu chegava na escola com depressão ninguém falava nada não".*

Foram feitas, pelo terapeuta, algumas considerações sobre o estigma, que a desinformação gera o preconceito e a discriminação e que é importante o máximo de informações possíveis sobre o TAB: "*Cuidado com as fontes de pesquisas e sempre tire dúvidas com seus psicoterapeutas. Coloque seus conhecimentos em prática, faça os tratamentos adequados, evitando assim recaídas. Selecione as pessoas com quem conversar sobre o assunto.*"

P3 indagou: *"Em que momento a depressão atrapalha a vida de pessoa? Porque tem muitas pessoas que fala que quem tem depressão não pode ter filhos porque atrapalha, e eu quero ter filhos?"*

TO: Esclareci que a depressão, assim como os outros transtornos mentais devem ser tratados adequadamente, para estabilização dos sintomas e que a pessoa

possa realizar suas atividades de vida diária com mais independência e autonomia. Um paciente estável ele tem condições de qualidade de vida, e a estabilidade se dá aderindo aos tratamentos.

Após esses esclarecimentos, também foi explicado sobre as causas do TAB. Os participantes não tinham conhecimentos sobre a etiologia do TAB e foi um momento mais de escuta. Após explicação das causas diferenciando fator genético e fatores ambientais, surgiu uma dúvida:

P2 perguntou: *"Eu tenho TAB e tenho uma filha. O que eu devo fazer para evitar que minha filha tenha TAB?"*

O terapeuta orientou quanto ao fortalecimento de fatores de proteção e a relação do ambiente em que ela vive.

Os participantes gostaram da Roda de Conversa e pontuaram que não teve problema em ter realizado naquele local.

A próxima Roda de Conversa ficou pactuada para dia 07/10/2022 às 14:30 horas, pois dia 05/10/2022 é feriado.

A Roda de Conversa encerrou-se às 16: 27 horas. O serviço ofertou lanche para os participantes.

Terceira Roda de Conversa

A terceira Roda de Conversa ocorreu dia 21/10/2022 iniciando às 14:50 horas. O participante P3 não compareceu ao encontro e não justificou sua ausência.

A Roda de Conversa foi iniciada com um acolhimento aos participantes, destacando os encontros que não ocorreram nas semanas anteriores.

P1 relatou: *"... passei bem sem nenhuma novidade".*

P2 concordou: *"Também passei bem".*

Em seguida, o terapeuta fez um breve resumo dos encontros anteriores, visto que, a última Roda de Conversa ocorrera dia 28/09/22. Em seguida foi discutido sobre a sintomatologia do TAB.

P2 relatou que percebe sintomas: *"Eu fico muito, muito alegre, conversando demais, aí logo eu quero marcar uma consulta".*

P1 disse que: *"Na depressão eu consigo identificar logo, agora na fase da mania, como foi algo novo (a minha crise) eu não soube identificar. Eu já tomava antidepressivo antes, e no começo do ano eu tirei a medicação. Eu já estava bem. Aí alguns meses depois eu tive a crise de bipolaridade que as pessoas falam".*

Em seguida, foi compartilhado um material impresso listado com sintomatologia dos episódios do TAB. Os participantes identificaram os sintomas da depressão, da mania e da hipomania que já vivenciaram.

P2 contou: *"Eu já tive todos os sintomas da depressão".*

P1 também contribuiu com o assunto: *"Destaca aumento de peso, falta de concentração".*

P2 cita o pessimismo com um exemplo. *"Quando minha irmã foi fazer uma viagem, eu fiquei muito ruim, me sentindo sozinha".*

Foi compartilhado mais detalhadamente os sintomas do TAB, diferenciando os episódios da depressão com os de mania, hipomania e estado misto.

P2 reconheceu a importância do tratamento medicamentoso. *"Se não fosse os medicamentos, eu não conseguia nem trabalhar".*

Foram compartilhadas outras alternativas de tratamentos, destacando a Psicoeducação, Psicoterapias, Rodas de Conversa, hábitos saudáveis (alimentação, higiene do sono, atividades físicas), o não uso de álcool e de outras drogas.

P2 contou: *"Assim, quando eu tive a primeira crise, quando eu saí da clínica ... aí eu tomava os remédios, eu estava no processo de aceitação. Teve um tempo que eu parei de tomar os remédios. Eu passei a tomar só um. Depois de um ano eu tive umas crises, mas não de mania. Eu tinha medo de pessoas, de ver pessoas, eu não sei se era vergonha. Eu tinha que chegar no meu serviço e trabalhar, e tinha que ver as pessoas. Não queria ficar junto com ninguém".*

Após discutido os sintomas do TAB, foram diferenciados episódios de depressão, mania, hipomania, estado misto, bipolar tipo 1 e bipolar tipo 2. Em seguida, foi aberto espaço para dúvidas e questionamentos. Os participantes não tiveram dúvidas. Ficou pactuado a próxima Roda de Conversa para dia 26/10/2022 às 14:30 horas. O encontro terminou às 15:56 horas. O serviço ofertou lanche para os participantes.

Quarta Roda de Conversa

O quarto encontro da Roda de Conversa aconteceu dia 26/10/2022 e iniciou com o acolhimento dos participantes. Em seguida, houve uma abertura para dúvidas sobre os encontros anteriores.

P2 relatou que percebe intensificação de sintomas quando está na TPM: "Eu fico mais agitada, irritada com tudo e começo a chorar por qualquer coisa".

De acordo com o relato do P2, conversamos sobre os gatilhos que podem agravar os episódios do TAB.

Em relação aos tratamentos do TAB, P2 relatou que conhece Psicoterapias e medicamentos. Já o P1 destacou: "*Acho que Psicoterapia, medicamentos e atividade física*".

Após contribuições dos participantes, foram compartilhadas pelo terapeuta maiores informações sobre os tratamentos para o TAB, destacando as Psicoterapias, medicações, Psicoeducação, Grupos de Apoio. Após explicações sobre Grupo de Apoio, foi perguntado sobre se eles tivessem a oportunidade de participarem se interessariam. P2 respondeu: "*Acho que sim". P1 "Eu participaria... se eu não gostasse assim da primeira vez eu não voltaria na segunda*".

O terapeuta lançou explicações específicas sobre hábitos saudáveis, importância e higiene do sono, evitar a cafeína, álcool e outras drogas, alimentação saudável, atividade física e discutimos sobre os fatores de proteção.

P1 disse: "*Acho que não pode misturar álcool com medicações, pode dar reação*". O terapeuta complementou–sobre a interação do álcool e outras drogas x medicações e a relação do uso de Substâncias Psicoativas (SPA) com as psicopatologias.

Em seguida, foi realizado um breve resumo sobre o Encontro, fortalecendo os serviços ofertados na RAPS e a importância da equipe multiprofissional no processo da reabilitação psicossocial, sendo entregue um material impresso sobre o TAB com diversas informações e pactuado para que lessem em casa para discutirmos no próximo encontro as dúvidas caso surgissem. Foi sugerido também que trouxessem ideias/sugestões de novas abordagens terapêuticas. O próximo encontro ficou a combinar através de um grupo de *WhatsApp* criado para discutir assuntos das Rodas de Conversa. O serviço ofertou lanche para os participantes.

O P3 não compareceu novamente à Roda de Conversa.

Quinta Roda de Conversa

O quinto encontro de Roda de Conversa ocorreu dia 22/11/2022. De acordo com as pactuações ocorridas no último encontro e comunicações via grupo de *WhatsApp*, a Roda de Conversa iniciou com um acolhimento dos participantes e, em seguida, abertura para possíveis dúvidas.

O P1 trouxe como sugestão de novas abordagens terapêuticas uma instituição que ofertasse diversas modalidades esportivas (futebol, volleybol, natação, atletismo) e jogos terapêuticos de estimulação cognitiva (dama, dominó, xadrez) para que cada paciente tivesse opções de escolha nas atividades que mais se interessasse.

O P2 trouxe como sugestões mais grupos terapêuticos destacando o teatro e a dança.

Em seguida, o terapeuta aplicou novamente o questionário. Após a conclusão da atividade, houve uma reflexão sobre as Rodas de Conversa e ambos os participantes agradeceram pelos encontros e relataram que esclareceram diversas dúvidas e ampliaram seus conhecimentos. O terapeuta também fez seus agradecimentos pela participação durante os encontros e pela aceitação da participação das Rodas de Conversa.

Finalizamos as nossas Rodas de Conversa e pactuamos que no momento permaneceríamos com o grupo de *WhatsApp*, com finalidade de esclarecimentos de possíveis dúvidas sobre o TAB. O terapeuta reforçou a importância de adesão aos tratamentos e fortalecimento das ações ofertadas pela rede RAPS. O serviço ofertou lanche para os participantes.

O P3 não compareceu novamente ao encontro. Ele não conseguiu participar de todas as Rodas de Conversa. No momento da escuta individual com este participante, ele relatou que não estava fazendo uso de medicações, e quando questionado sobre o acompanhamento médico, afirmou que o médico estava ciente de sua decisão. O participante se apresentava consciente, orientado em tempo e espaço, autocuidado e higiene preservados, humor eutimico, colaborativo e comunicativo.

Mesmo ciente de sua decisão, o terapeuta assumiu o risco de aceitá-lo no grupo como forma de cuidado. As Rodas de Conversa seriam uma forma de mantê-lo ativamente e semanalmente no serviço, uma estratégia de tratamento, compartilhamento de experiências, conscientização sobre TAB e riscos de abandono de tratamento farmacológico, entre outras contribuições. O caso foi discutido com o médico que acompanha o participante e este consentiu com a decisão, como forma de cuidado.

Os participantes P1 e P2 relataram que fazem uso adequado das medicações, e já tiveram experiências negativas e prejuízos por abandonarem o uso de medicamentos. Esses relatos deixaram o terapeuta mais confortável no sentido de

aceitar o P3, visto que ele não seria uma “influência negativa” para os demais participantes.

O P3 participou ativamente dos dois primeiros encontros e muitas experiências foram compartilhadas no grupo, entre elas, a importância do uso de mediações, a adesão aos tratamentos do TAB e riscos de recaídas. Diversos exemplos foram compartilhados como forma de conscientização e ampliação de conhecimentos do TAB. A partir do terceiro encontro, o participante P3 não compareceu mais e não justificou sua ausência. O terapeuta realizou busca ativa e conseguiu contato com familiar, que relatou que o participante se alterou com crises de agressividade e a família resolveu levar o participante para uma chácara para passar uns dias até ele se acalmar. Nesta ocasião, foi reforçado à família quanto aos serviços ofertados no CAPS II.

Logo, de acordo com todo o contexto relatado, valeu a pena assumir o risco, pois o participante conseguiu participar de dois encontros, não tumultuou o grupo, se manteve no serviço por três semanas consecutivas, recebeu diversas orientações sobre o TAB e os riscos de abandonar o tratamento medicamentoso e os gatilhos e/ou fatores estressantes que poderiam levar a recaídas sem o uso das medicações. Essas informações foram de suma importância para todos, principalmente para ele que se encontrava com resistência ao tratamento medicamentoso. Talvez ele possa refletir sobre o ocorrido e lembrar das experiências compartilhadas nos dois encontros de Rodas de Conversa que participou e colocar em prática tais conhecimentos.

Análises e discussões

As Rodas de Conversa aconteceram em cinco encontros. Cada um foi guiado por uma questão-tema que tinha por objetivo o início do diálogo, troca de ideias, compartilhamento de experiências, ampliação de conhecimentos. No final de cada roda de conversa as impressões foram registradas e, em seguida, transcritas para a organização da análise. Para proceder à interpretação dos dados, primeiramente, eles passaram por sessões de leitura e de releitura para melhor compreensão e, posteriormente, para seguir as etapas de organização e categorização. Como última etapa, realizei a análise interpretativo-crítica dos achados mais relevantes para compreender o objeto de estudo.

As análises das Rodas de Conversa para investigação da ampliação de conhecimentos para promoção da saúde mental em pacientes com TAB foram feitas baseadas nas experiências compartilhadas nos cinco encontros e na análise comparativa dos questionários aplicados no primeiro e último encontro.

O primeiro encontro foi marcado pela apresentação do grupo, expectativas em relação às Rodas de Conversa e avaliação de conhecimentos sobre o TAB. Os participantes relataram pouco conhecimento sobre o TAB e houve compartilhamento de ideias e troca de experiências, destacando a definição de Rodas de Conversa, explicações sobre a importância da adesão aos tratamentos, abandono dos medicamentos, riscos recaídas, processo de hospitalização, atividades físicas, prática de esportes, a importância do sono, hábitos saudáveis, não fazer uso de álcool e outras drogas, fé como fator de proteção. O encontro possibilitou ampliação de conhecimentos, de acordo com a proposta de pesquisa.

O segundo encontro permitiu diálogos sobre o difícil diagnóstico do TAB, Participante trouxe expectativas de melhoras em seu quadro após o médico ajustar o lítio. Outro participante falou de uma pesquisa sobre o TAB e solicitou alguns esclarecimentos, sendo atendido e contemplando o grupo. Foram compartilhadas informações sobre os primeiros estudos sobre o TAB, manicômios, Reforma Psiquiátrica e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Participante falou do caso da escritora Virgínia Woolf, que também tinha o diagnóstico de TAB. Eu falei de sacerdotes que também fazem tratamentos psiquiátricos. Foram compartilhados dados estatísticos sobre o TAB, considerações sobre o estigma e orientações sobre as fontes de pesquisas, combatendo assim a desinformação. Dúvidas foram esclarecidas sobre a etiologia do TAB. Os participantes trouxeram conhecimentos e pesquisas para dialogarem no grupo, fortalecendo o compromisso com a ampliação de conhecimentos sobre o TAB. As dúvidas e questionamentos demonstram a necessidade de novas informações, que foram esclarecidas, oportunizando a ampliação de conhecimentos.

Na terceira Roda de Conversa, houve muitas trocas de experiências sobre a sintomatologia do TAB. Os participantes conseguiram identificar os sintomas que já haviam presenciado. Cada participante recebeu um *checklist* com os sintomas da mania e hipomania, e depressão, para facilitar a proposta do encontro. Foram discutidos os sintomas do TAB, diferenciando episódios de depressão, mania, hipomania, estado misto, bipolar tipo 1 e bipolar tipo 2. Dialogamos também sobre

outras alternativas de tratamentos, destacando a Psicoeducação, Psicoterapias, Rodas de Conversa, Hábitos Saudáveis (alimentação, higiene do sono, atividades físicas), o não uso de álcool e outras drogas. O *checklist* favoreceu a identificação de sintomas e reflexão sobre o histórico de tratamento de cada participante, além de facilitar as explicações da diferenciação do bipolar tipo 1 e 2 e episódio de mania e hipomania, visto que os participantes relataram desconhecimento sobre essas informações.

No quarto encontro houve troca de informações sobre o reconhecimento da intensificação de sintomas (gatilhos e fatores estressantes), maiores informações sobre os tratamentos para o TAB, destacando as Psicoterapias, medicações, Psicoeducação, Grupos de Apoio. Houve, ainda, complementações dos assuntos sobre hábitos saudáveis, importância e higiene do sono, evitar a cafeína, álcool e outras drogas, alimentação saudável, atividade física, a interação do álcool e outras drogas com medicações e a relação do uso de Substâncias Psicoativas (SPA) com as psicopatologias. Foi realizado um breve resumo sobre o encontro, fortalecendo a importância dos serviços ofertados na RAPS e da equipe multiprofissional no processo da reabilitação psicossocial. Foi entregue um material impresso sobre o TAB com diversas informações e pactuado para que lessem em casa para discutirmos as dúvidas no próximo encontro, caso surgissem. Também sugeri que trouxessem ideias/sugestões de novas abordagens terapêuticas. Além das participações e compartilhamentos de experiências no encontro, o material psicoeducativo sobre o TAB servirá como um guia, permitindo maiores esclarecimentos.

O quinto encontro foi marcado por esclarecimentos de dúvidas e a atividade pactuada anteriormente sobre as sugestões de novas abordagens terapêuticas. Após este momento, foi aplicado novamente o questionário para comparação e avaliação da ampliação de conhecimentos.

A ampliação de conhecimentos acerca do TAB pelos participantes foi provada pela análise das respostas dos questionários aplicados no primeiro e quinto encontros das Rodas de Conversa. Verificou-se que, após os encontros das Rodas de Conversa, o questionário aplicado trouxe algumas respostas mais detalhadas, com mais informações específicas sobre o TAB.

A seguir, serão apresentados os comparativos entre as respostas dos participantes às perguntas do questionário, considerando o primeiro e o último encontro.

Pergunta 1: O que você entende por Transtorno Afetivo Bipolar?

Respostas:

P 1 (primeira avaliação): “É um transtorno que de alguma forma, traz mudanças de hábitos, formas de agir, de pensar, de se comunicar, entre outros ...”

P 1 (segunda avaliação): “É um transtorno que acomete várias pessoas, podem ter diferentes fases, como: mania, hipomania, depressão etc ...”

P2 (primeira avaliação): “Entendo que é uma doença mental que tem mudanças e alteração de humor”.

P2 (segunda avaliação): “É uma doença que causa períodos de humor baixo e humor elevado, depressão, mania e hipomania”.

Os dois participantes trouxeram respostas com mais informações na segunda avaliação, citando os episódios do TAB e confirmando novos conhecimentos adquiridos durante as Rodas de Conversa.

Pergunta 2: Você conhece quais são as causas do TAB?

P1 e P2 (primeira avaliação): “*Não*”.

P1 (segunda avaliação): “*Eu acho que existem várias, como: a situação familiar, pessoal, entre outras*”.

P2 (segunda avaliação): “*São causas genéticas e fatores que ocorre no dia a dia*”.

Os dois participantes conseguiram trazer respostas mais consistentes e coerentes com as causas do TAB na segunda avaliação.

Pergunta 3: Quando você está na fase depressiva, quais os sintomas você sente?

P1 e P2 conseguiram identificar bem os sintomas da depressão de acordo com suas particularidades com coerência nas duas avaliações.

Pergunta 4: E quando você está na fase da mania, quais os sintomas você sente?

P1 na primeira avaliação não soube responder, deixando a questão sem resposta e, na segunda avaliação, respondeu “*Não lembro*”.

P2 (primeira avaliação): "*Alegria demais, vontade de sair de casa, vontade de fazer várias coisas, limpar casa, correr, vontade de comprar coisas*".

P2 (segunda avaliação): "*Alegria demais, pouco sono, gastos excessivos, muita energia, fala rápida*".

O participante 2 trouxe sintomas da mania nas duas avaliações, acrescentando gastos excessivos, pouca necessidade de sono e fala rápida na segunda avaliação.

Pergunta 5: Você consegue identificar os fatores que causam alterações no seu estado de humor?

P1 (primeira avaliação): "*Não*".

P1 (segunda avaliação): trouxe que "*a fome como um ótimo exemplo, porque quando estou com fome meu humor fica péssimo*".

P2 não soube responder nas duas avaliações.

Esse elemento ainda pareceu pouco explorado e elaborado nas Rodas de Conversa.

Pergunta 6: Você sabe quais as medicações que você está utilizando?

P1 e P2 souberam responder adequadamente às duas avaliações.

As Rodas de Conversa não produziram mudanças nessa questão.

Pergunta 7: Você sabe dizer qual a indicação ou para que serve cada medicação que você usa no seu tratamento?

P1 conseguiu responder adequadamente nas duas avaliações.

P2 (primeira avaliação): não soube responder

P2 (segunda avaliação): "*Sim*"

Houve um aumento no conhecimento do P2.

Pergunta 8: Você sabe qual a importância da atividade física no tratamento do TAB?

P1 e P2 na primeira avaliação não souberam responder. Na segunda avaliação o P1 trouxe como resposta "*Prevenir que agrave ainda mais o TAB, ajudando contra a ansiedade, sedentarismo*".

P2 segunda avaliação respondeu: "*Melhora a função do cérebro, melhora o sono e o humor*".

Houve umas considerações importantes e coerentes na segunda avaliação, confirmando aprendizados durante os encontros.

Pergunta 9: Por que não é aconselhável o paciente com TAB fazer o uso de álcool e outras drogas?

P1 trouxe respostas coerentes nas duas avaliações.

P2 (primeira avaliação): "*Porque o paciente pode ter crises*".

P2 (segunda avaliação): "*Porque pode interferir no tratamento, fazendo o paciente correr riscos de ter crises, principalmente crises depressivas*".

Na segunda avaliação, o P2 trouxe respostas mais complexas e informações coerentes com a pergunta.

Pergunta 10: Você sabe dizer quando um paciente com TAB deve ser encaminhado para uma hospitalização?

P1 (primeira avaliação): "*Quando ele apresentar comportamentos de agressividade*".

P1 (segunda avaliação): "*Acho que já é quando ele não consegue responder por si, quando necessita de tratamentos mais especiais*".

P2 (primeira avaliação): não soube responder.

P2 (segunda avaliação): "*Quando ele não tem mais controle de suas ações*".

Houve a apresentação de aumento de compreensões sobre quando é preciso considerar internação psiquiátrica.

Como registrado anteriormente e constatado no compilado de respostas apresentado acima, houve ampliação de conhecimentos acerca do TAB pelos participantes. As Rodas de Conversa foram válidas para que eles refletissem sobre questões importantes sobre o transtorno mental.

Considerações finais

A Roda de Conversa possibilita uma proposta de pesquisa em que há transformação dos sujeitos participantes durante a própria realização da pesquisa. Trata-se, ainda, de uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere

como sujeito da pesquisa pela participação na conversa, produzindo dados para a discussão.

Na presente pesquisa, as Rodas de Conversa possibilitaram a compreensão dos dados e permitiram aos participantes, para além da prática da escuta e da fala, favorecer a autonomia, a reflexão crítica e a aprendizagem.

As análises das respostas dos questionários aplicados antes do primeiro encontro e depois do último encontro permitiram verificar que houve respostas com mais informações sobre o TAB após a realização das 5 Rodas de Conversa. Os participantes não conseguiram responder a algumas perguntas na primeira avaliação, porém conseguiram trazer informações sobre elas na segunda avaliação, confirmando ampliação de seus conhecimentos através das respostas subjetivas. Logo, o objetivo central da pesquisa foi alcançado tanto nos encontros das Rodas de Conversa quanto na análise das respostas dos questionários aplicados.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA BRASIL**.** *Transtorno bipolar atinge 4% da população brasileira, estima Associação*. 15/09/2013. Disponível em: http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-09-15/transtorno-bipolar-atinge-4-da-populacao-brasileira-estima-associacao Acessado em 25/01/2022.

ARTEEL, P.; GOIKOLEA, J. M.; GISMONDI, R. *BiPolar Book Portuguese*. v. 8. indd 6, 2011. Disponível em: https://www.adeb.pt/files/upload/guias/bipolar-aprender-a-viver.pdf. Acessado em 27/01/2022.

BAPTISTA, M.T.D da S.; NOGUCHI, N.F. de C.; CALIL, S.D.B.W. A pesquisa interventiva na psicologia: análise de três experiências. *Psicol. Am. Lat.* n.7. México ago. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300014. Acessado em 03/02/2022.

BENTO, M.F.S. *O Estigma da Doença Mental e os meios de Comunicação Social*. Faculdade de Ciências e Tecnologia Universidade de Coimbra, 2014. Disponível em: https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/26881. Acessado em 25/01/2022.

BOSAIPO, N.B.; BORGES, V.F.; JURUENA, M.F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.50, p. 72-84, 2017. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/002870358. Acessado em 24/01/2022.

BRASIL, G. *SUS oferece terapia completa para Transtorno Bipolar*. Webmaster, 2015. Disponível em: https://www.douradosagora.com.br/2015/03/20/sus-oferece-terapia-completa-para-transtorno-bipolar/. Acessado em 25/01/2022.

CARVALHO, J.A. et al. *Entendendo os Transtornos Mentais*: Projeto Psiquiatria por uma Vida Melhor. ABP, 2010.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional*: Fundamentação & Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

COELHO, J.S.; BRAGA, G.A.B. Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental. S/d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/juliana_souza_trabalho_completo.pdf. Acessado em 27/01/2022.

COSTA, A.M.N. Transtorno Afetivo Bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Rev. Psiq. Clín.*, n. 35, v. 3, p. 104-110, 2008. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-486324. Acessado em 26/01/2022.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O.; GRINBERG, L. P. *Transtorno bipolar*: fenomenologia, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2010.

DIAS, A.A. et al. Estratégia Educativa para Enfermeiros sobre Atenção Básica à Infertilidade: Estudo de Intervenção. *Rev. Gaúcha Enferm.,* n. 33, v. 2, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rkmjX3VdsGJy8mLv6bxXcwB/?lang=pt&format=pdf. Acessado em 03/03/2022.

GAMA, A.A.C.N. Transtorno Bipolar e o uso de estabilizadores de humor: os problemas da adesão. Brasília, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Centro Universitário de Brasília, faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Curso de Psicologia. Disponível em: https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2770/2/20618735.pdf. Acessado em 27/01/2022.

GUARDA, G.M.; LUZ, T.N.; RODRIGUES, T.; BELTRAME, L. M. A Roda de Conversa como Metodologia Educativa: o Diálogo e o Brincar oportunizando o protagonismo infantil na sala de aula. In: Anais do Congresso Nacional de Educação "EDUCERE", 13, p. 28-31, 2017. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/26991_13947.pdf. Acessado em 03/02/2022.

HIRATA, E.S. Estigma e depressão**.** *Revista Brasileira de Medicina [São Paulo]*, v. 15, n. 32, p. 19-30, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rkmjX3VdsGJy8mLv6bxXcwB/?lang=pt&format=pdf. Acessado em 26/01/2022.

KEBBE, L.M.; SANTOS, T.R.; COCENAS, R.A. Etapas constitutivas de um grupo de atividades em hospital dia psiquiátrico: um relato de experiência. *Cadernos de Terapia Ocupacional,* v.18 n.1 p. 77-84, São Carlos, 2010. Disponível em: https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.brindex.php/cadernos/article/view/336. Acessado em 26/01/2022.

LEAL, A. *Transtorno Bipolar atinge 4% da população brasileira, estima associação*. Agência Brasil, 2013. Disponível em:

https://memoria.ebc.com.br/noticias/saude/2013/09/transtorno-bipolar-atinge-4-da-populacao-brasileira-estima-associacao. Acessado em 25/01/2022.

MARQUES, C.B; MOYA, C.I.S**.** O *Transtorno Bipolar Afetivo e a Atuação da Terapia Ocupacional*. Anais do XIV Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação – Universidade Vale do Paraíba, 2010. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0671_1121_01.pdf. Acessado em 26/01/2022.

MATSUKURA, T.S.; SALLES, M.M. *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação*: Perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCAR, 2017.

MONTREZOR, J.B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* São Carlos, v 21, n 3, p. 529-536, 2013. Disponível em: https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/913. Acessado em 01/02/2022.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Rev. Psiq. Clín.* v. 32, supl. 1, p. 39-48, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/V7zwMHghSdyM7P9XJ7z3S3h/?lang=pt. Acessado em 24/01/2022.

MOURA, H.D.S.et al. Transtorno Afetivo Bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. *Rev enferm UFPE online,* n.13, 2019. Disponível em*:* https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241665. Acessado em: 26/01/2022.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. *Rev. Bras. Enferm.* n. 6, v. 57, p. 761-763. Brasília, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/hSpf9RWGCJ8M35kqMk9nMWH/abstract/?lang=pt. Acessado em 26/01/2022.

PORTAL ENFERMAGEM. *Transtorno Bipolar é progressivo e leva à perda da função de neurônios*. 04/12/2012. Disponível em: https://www.portaldaenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=3266. Acessado em 26/01/2022.

RAMOS, L.S.; BECK, C.L.C.; SILVA, G.M.; SILVA, R.M.; DISSEN, C.M. Estratégia de Roda de Conversa no Processo de Educação Permanente em Saúde Mental. UFSM – *Rev. Rene,* n.14, p. 845-853, 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324028459022.pdf. Acessado em 27/01/2022.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface*, n.2, p. 1299-1312. 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135777013. Acessado em 27/01/2022.

SORDI, B. FERNANDES, R**.** *Estigma em pessoas com transtornos mentais: barreira de acesso aos serviços de saúde?* Disponível em: http://saudedireito.org/2017/03/15/estigma-em-pessoas-com-transtornos-mentais-barreira-de-acesso-aos-servicos-de-saude/. Acessado em 01/02/2022.

TUNG, T.C. *Descobri que meu companheiro (a) é bipolar, e agora?* ABRATA, 2014. Disponível em: https://www.abrata.org.br/descobri-que-meu-companheiroa-e-bipolar-e-agora-2/. Acessado em 25/01/2022.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO CUIDADO EM USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL EM PALMAS/TO

HEALTH EDUCATION AS A STRATEGY TO PROMOTE CARE FOR USERS OF A MENTAL HEALTH SERVICE IN PALMAS/TO

Mayla Aires Amaral Pimenta[1]

Jaciane Araújo Cavalcante[2]

1 Enfermeira; Universidade Federal do Tocantins; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0309606259635215. ORCID: http://orcid.org/0000-0002-7326-079X.

2 Enfermeira; Centro Universitário Luterano de Palmas; Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4819463210045212. ORCID: http://orcid.org/0000-0001-9740-2951.

Resumo: A educação em saúde proporciona meios de disseminar conhecimento e transmitir informações, por meio de ações que promovam o cuidado. O objetivo da pesquisa consiste em avaliar as contribuições das ações de educação em saúde e promoção do cuidado, para a qualidade de vida dos usuários admitidos no acolhimento noturno do CAPS AD III do município de Palmas/TO, por meio de ações de educação em saúde e promoção do cuidado. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, de caráter exploratório, de estudo de campo. Verificou-se que as ações de educação em saúde é uma alternativa de contribuir no processo de mudanças de comportamentos, hábitos e estilo de vida, tornando o usuário sujeito ativo do processo. Dessa forma, é possível observar a educação em saúde como instrumento notável no processo de construção de mudanças e promoção do cuidado.
Palavras-chave: Educação em Saúde. Serviço de Saúde Mental. Promoção do Cuidado. Enfermagem.

Abstract: Health education provides means of disseminating and transmitting information through actions that promote care. The objective of the research is to evaluate the contributions of health education actions and care promotion, for the quality of life of users hospitalized in the night care of CAPS AD III in the city of Palmas/TO, through health education actions and promotion of care. This is a descriptive study, with a qualitative approach of the action-research type, with an exploratory character, of a field study. It was found that health education actions are an alternative to contribute to the process of changing behaviors, habits and lifestyle, making the subject an active subject in the process. Thus it is possible to observe health education as notable instrument in the process of building changes and promoting care.
Keywords: Health education. Mental Health Service. Care Promotion. Nursing.

Introdução

Na década de 1970, a educação em saúde iniciou reconsiderando distanciar-se de suas ações imperativas dos discursos higienistas, pertinentes aos desdobramentos relacionados à percepção do processo saúde doença. Com o avanço em relação à

evolução, a saúde deixa de ser restringida ao modelo biologicista e passa a ser compreendida e absorvida, sob a forma decorrente da inter-relação eventual entre os fatores sociais, econômicos e culturais (PINHO, 2018).

A educação em saúde consiste em estratégias e atividades que são realizadas com o intuito de disseminar conhecimento, por meio de informações transmitidas do educador para o educando, a partir de mudanças de hábitos de vida que promovam a saúde, propagando reflexões que possam ecoar em ações e medidas preventivas de saúde, tanto para o sujeito, como para sua coletividade (VIEIRA; MATIAS; QUEIROZ, 2021).

Nessa perspectiva, conforme defende Pereira e colaboradores (2021), as atividades e estratégias de educação em saúde trazem consigo promoção da autonomia, promovendo dessa maneira o desenvolvimento de práticas de autocuidado, de modo que as necessidades relacionadas à gestão da sua condição de saúde sejam desenvolvidas e exercitadas, favorecendo resultados mais positivos e consequentemente mais assertivos.

As práticas grupais são grandes aliadas na estratégia do cuidado, possibilitando evidenciar e enfatizar a promoção da saúde, entres eles o grupo operativo, na modalidade de processo grupal dinâmico, onde deriva da interação e da comunicação para incentivar o pensamento reflexivo (AFONSO, 2002).

Atualmente no Brasil a prática e o serviço de saúde mental no âmbito público (SUS) Sistema Único de Saúde, é ancorado pela reforma psiquiátrica, promovendo espaço de cuidado, transformações sociais, favorecendo o processo de autonomia do usuário, consequentemente possibilitando um novo modelo de assistência à saúde mental, rompendo dessa forma com a lógica manicomial (CEZAR; MELO, 2018).

Diante da definição presente na portaria ministerial GM nº 130 de 26 de janeiro de 2012, o CAPS AD III conta com a oferta de atendimento 24 horas, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados, além do acolhimento noturno, conforme critérios clínicos, tendo em vista, a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar ações para prevenção e promoção da saúde, redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

Desse modo, o estudo se justifica perante o contexto exposto, a necessidade de trabalhar a integralidade do sujeito e propõe a otimização dos processos de mudanças de hábitos, mediante a construção e compartilhamento de informações, baseadas em evidências científicas, na condição de contribuir avaliando os efeitos das ações de educação em saúde e promoção do cuidado para qualidade de vida dos usuários admitidos no acolhimento noturno do CAPS AD III.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo pesquisa ação, de caráter exploratório, de estudo de campo.

A finalidade da pesquisa é de caráter exploratório, devido ter como objetivo conhecer a variável de estudo, como ela se apresenta, mostrando a realidade de forma autêntica, com significados conferidos pelo indivíduo (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995).

Para coleta de dados com os participantes, foi utilizado entrevista com roteiro semiestruturado elaborado pela própria autora, que constava para os usuários questões relacionadas à educação em saúde, com o intuito de responder os objetivos do estudo.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, e as falas foram analisadas a partir do método de análise de conteúdo de Bardin (1977), mediante a um conjunto de técnicas de comunicação, onde foram utilizados procedimentos sistemáticos e objetos de descrição, de conteúdos de mensagens.

Na primeira etapa, foi realizada uma pesquisa com os usuários admitidos no acolhimento noturno do CAPS AD III, com intuito de averiguar quais temáticas, sugeridas pela pesquisadora, que os mesmos demonstrassem maior interesse para serem abordadas nas ações de educação em saúde e promoção do cuidado no serviço de saúde mental, na modalidade acolhimento noturno.

Após a coleta de dados relacionados às temáticas sugeridas, foram classificados quatro temas escolhidos pelos usuários. Em seguida, foram planejadas e desenvolvidas ações de educação em saúde.

Os temas abordados e recursos desenvolvidos estão apresentados no quadro abaixo:

QUADRO – 1 ROTEIRO SOBRE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Temas	Proposta de Desenvolvimento	Técnicas Facilitadoras/ Descrição
I Ansiedade	Reflexão sobre possíveis causas e comportamentos de ansiedade, sinais e sintomas, técnicas de manejo e tratamento.	Apresentação da proposta do trabalho e dos componentes, exercícios de respiração e relaxamento progressivo. 1. O que é e como identificar a ansiedade. 2. Tipos de transtornos de ansiedade. 3. Sintomas físicos e sintomas psíquicos. 4. Quais as possíveis causas. 5. Técnicas para manejo de ansiedade e estresse. 6. Formas de tratamento e onde procurar ajuda.
II Depressão	Considerações sobre a diferença de depressão e tristeza, formas de enfrentamento, estigmas, tabus, apoio e tratamento.	Apresentação da proposta, utilização de um vídeo educativo com a temática. 1. O que é e como identificar a depressão. 2. Diferença de depressão e tristeza. 3. Depressão e o desenvolvimento de outras doenças. 4. Prevenção e qualidade de vida. 5. Formas de tratamento e onde procurar ajuda.
III Tabagismo	Reflexão sobre o tabagismo considerado como doença, malefícios e benefícios da cessação do uso do tabaco.	Apresentação da proposta, utilização da cartilha do Ministério da Saúde sobre Tabagismo. 1. O que é tabagismo. 2. Malefícios do tabagismo e os prejuízos à saúde. 3. Diagnóstico. 4. Técnicas e manejo da abstinência. 5. Benefícios da cessação do tabagismo a curto, médio e longo prazo. 6. Formas de tratamento e onde procurar ajuda.
IV Saúde Mental	Considerações referentes ao conceito de saúde e doença, definição de saúde mental e seu contexto na pandemia da COVID-19, dicas do que fazer para manter uma boa saúde mental.	Apresentação da proposta e entrega de material confeccionado, para utilizar como diário de saúde mental. 1. O que é saúde e doença. 2. O que é saúde mental. 3. Saúde mental na pandemia da COVID- 19. 4. Problemas de saúde mental mais frequentes. 5. Quem está em risco de desenvolver transtornos mentais. 6. O que fazer para manter uma boa saúde mental. 7. Onde procurar ajuda.

Fonte: PIMENTA. (2023, p. 4).

Na segunda etapa foram realizadas ações de educação em saúde por meio de grupos de educação em saúde, utilizando recursos educativos e informativos referentes às temáticas escolhidas pelos participantes, com auxílio de materiais ilustrativos e recursos audiovisuais. As ações foram realizadas mediante quatro encontros, com os usuários admitidos no CAPS AD III na modalidade de acolhimento noturno.

Todos os participantes da pesquisa foram convidados a participarem das ações de educação em saúde, que abordaram as seguintes temáticas escolhidas pelos usuários do acolhimento noturno, de acordo com o questionário elaborado.

Ao término de cada ação educativa com os usuários que aceitaram participar das ações de educação em saúde, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, utilizando o instrumento de coleta de dados, elaborado pela própria pesquisadora para realização da pesquisa.

As entrevistas referentes aos conhecimentos relacionados a educação em saúde, foram realizadas no mesmo dia das ações educativas em saúde, onde a entrevistas levaram aproximadamente 20 minutos de duração, contendo perguntas diretivas, elaboradas pela autora e adaptada a partir de pesquisa bibliográficas, gravadas com aparelho digital de modo individual e transcritas após as entrevistas.

Ressalto que antes da aplicação de qualquer questionário presente na pesquisa, os indivíduos receberam esclarecimentos prévios da pesquisa, onde foi realizado a leitura e a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes, orientando que a pesquisa poderia ser interrompida a qualquer momento, garantido a privacidade para responder o questionário e participação voluntária.

A escolha da entrevista individual semiestruturada como instrumento de coleta de dados se justifica devido à complexidade e a especificidade do campo e dos entrevistados, a divulgação disponível assegura o anonimato dos participantes.

A análise de dados aconteceu por meio da análise do conteúdo de Bardin (1977), onde foram analisadas as respostas dos participantes, mediante a utilização dos questionários semiestruturados. Segundo Bardin (1977), essa fase de conteúdo foi constituída de três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira fase foi a fase de pré-análise, onde se deu pela forma da organização do material a ser analisado e sistematização das ideias iniciais. Na segunda fase foi realizada a exploração do material, havendo a transformação dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir a representação do conteúdo.

Já na terceira fase, aconteceu a condensação e o destaque das informações para análise, atingindo nas interpretações inferências, momento esse da instituição, da análise reflexiva e crítica.

Todos os preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Saúde foram levados em consideração. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética

em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), sendo aprovado mediante o parecer do Certificado de Apresentação da Apreciação Ética 61517622.2.0000.9187. As falas dos participantes foram identificadas pela letra P, seguida do número da entrevista, como forma de garantir seu anonimato.

Resultados e discussão

Na primeira etapa da pesquisa, com o intuito de averiguar quais temáticas sugeridas pela pesquisadora para a realização dos grupos de educação em saúde com os usuários do acolhimento noturno, participaram cinco usuários, quatro do sexo masculino e uma do sexo feminino.

Nas atividades de ações educativas realizadas na segunda etapa, mediante os grupos de educação em saúde, participaram apenas quatro usuários. Sendo todos os participantes da segunda etapa, do sexo masculino. Os quais, foram codificados para manter suas identidades preservadas em participantes (P1, P2, P3 e P4). A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2022.

Quanto aos participantes que responderam ao questionário da segunda etapa da pesquisa, autodeclarados pardos 03 e preto 01; renda familiar média de 02 salários mínimo; divorciados 02, casado 01, solteiro 01; ensino médio completo 02, ensino fundamental completo 01 e ensino superior incompleto 01; de religião cristã protestante 03 e 01 sem religião, com idades entre 37 e 58 anos.

Os temas abordados nos grupos de educação em saúde mais escolhidos pelos usuários, para realização das atividades de educação em saúde foram: ansiedade, depressão, tabagismo e saúde mental. Os quais foram divididos em quatro encontros e em cada encontro trabalhado um tema.

Quando questionado aos participantes sobre o que eles compreendem por **educação em saúde.** O participante responde: ***"Não sei como responder essa não... Um aprendizado sobre a saúde, mais ou menos isso mesmo"*** (P1).

Já o outro participante diz: ***"Eu acho que educação em saúde, tá tudo no mesmo barco né? Tudo é pra melhorar, não tem nenhuma pra piorar. Todas é pra melhorar o paciente, porque eu chamo de paciente, que é doente, né? "*** (P2). Ainda

sobre esse aspecto, o participante seguinte responde: ***"Educação em saúde, basicamente são instruções válida pra você ter uma saúde melhor"*** (P3).

O que de fato, demonstra que as definições sobre saúde e doença são construídas ao longo da vida dos indivíduos, permeadas por suas ideias e fundamentadas em suas experiências, onde a construção de saberes, se darão por atuação das influências de diferentes elementos, presentes na vida das pessoas, como afirma (SILVA, et al. 2014).

O que repercute ainda, na fala do quarto participante, referente a compreensão sobre educação em saúde, trazendo inclusive em seu discurso, exemplos de informações compartilhadas no momento das ações de educação em saúde, mediante a realização dos grupos. Onde (P4) diz:

> **"É a educação relacionada a saúde da gente, né? Como cuidar da saúde. Na verdade, eu entendo assim, que a gente tem que ter um bem-estar social, né? Ter uma mente mais saudável psicologicamente, né? Fazer uma boa alimentação, né? Como você falou aqui, praticar alguma atividade física, que é raro a gente fazer, mas eu sei que faz parte da saúde mental e educacional né? E dos cuidados em geral com sua própria saúde, sabe? ".**

Uma vez que, a educação em saúde demanda do profissional de enfermagem um estudo crítico e reflexivo em relação a sua atuação durante as abordagens utilizadas com os pacientes, visto que, a confiança e formação de vínculos é estabelecida por meio da presença participativa desses usuários no serviço de saúde e o aperfeiçoamento da aplicação referente à intervenção da ciência no cotidiano das famílias e sociedade (DA COSTA, et al. 2020).

Quando interrogados, em relação aos sentimentos relacionados à participação do grupo de educação em saúde, foram respondidos: *"**Me sinto bem. Me sinto bem à vontade, me sinto assim... É... Realizando o que eu vim buscar, né? Eu vim buscar isso... Eu vim buscar é... um livramento de um vício, né?"*** (P1). O que ressalta, a importância da sensação de pertencimento do participante, da relevância do acolhimento e do sentimento de realização no processo do tratamento.

Onde, se comprova na fala do segundo participante***: "Eu me sinto bem. Só em tá participando aqui eu sei que tem alguém que liga pra gente. Não deixa a gente sozinho"*** (P2).

Considerando, dessa forma, a perspectiva do cuidado como construção rotineira e habitual, expandindo o entendimento das diferentes formas de cuidar e dos múltiplos

fatores que induzem as práticas, envolvendo a pessoa como foco primordial. Que como efeito, ajuda a suavizar o problema que fragmenta a relação dos profissionais e usuários/as, desse modo, o cuidado vem como forma de construção e vínculos, compreendendo toda a singularidade existentes de cada indivíduo, como fatores sociais, culturais e seus contextos (SILVA et al. 2018)**.**

Na fala dos próximos participantes, é possível observar a importância das ações de educação em saúde como forma de aprendizado.

> ***"Me sentir à vontade, é que assim... A gente vai tendo orientações e a gente aprende e começa a aprender a se cuidar mais né? Porque as vezes é muita coisa que você descobre, que fica a desejar e você não sabe, então a gente vai descobrindo uma forma melhor da gente se cuidar, né?"*** (P4).

O terceiro participante relata sobre o sentimento de aprendizagem, ao participar das atividades de educação em saúde, por meio das informações que são transmitidas: ***"São instruções valiosas, que está trazendo estatísticas, a onde a gente aprende um pouco mais sobre está de bem com a vida, melhorar a saúde e muitas coisas também"*** **(P3).**

Segundo Afonso (2002), essas intervenções psicossociais efetuadas em grupos, quando realizadas em encontros estruturados, com temas relevantes e significativos, tem a finalidade de reflexão e são consideradas de grande importância no papel ativo do indivíduo, em relação ao processo da construção do conhecimento e na facilitação da superação das dificuldades.

Ao perguntar sobre quais temáticas o usuário tem mais interesse em relação a realização das ações de educação em saúde, o participante (P1) responde: "***Transtorno mental e autismo... No momento não estou lembrando de outros não".*** Já o participante (P2) diz: "***Sobre educação física".*** Para o terceiro participante (P3), as temáticas que ele tem mais interesse são: "***Ansiedade, alcoolismo, depressão"*** e (P4) relata sobre o desejo por temáticas relacionadas à ***"Saúde bucal"***.

Diante dos interesses, apresentados pelos participantes, nas temáticas citadas pelos mesmos, essas ações de educação em saúde devem ser planejadas e estruturadas de forma ativa, provocando ações críticas do sujeito, no seu contexto de vida, tendo em

mente a sua subjetividade, desde de suas dimensões biológicas, seu contexto social, cultural e histórico (PINHO, 2018).

Quanto em relação, a maior motivação dos participantes em participar do grupo de educação em saúde, onde um participante foi além de falar sobre sua maior motivação, trouxe em sua fala desejo de colocar em prática as informações apresentadas nas ações.

> ***"É a procura pela saúde mesmo. Saúde, porque hoje em dia tudo, até o consumo de alimento, até a água que a gente bebe, tudo só trás.. É.. Problemas físicos. E andar na rua, carro pra lá e pra cá, acaba trazendo um.. Uma ira mental assim, né? E aí atrapalha o andamento da vida da pessoa. Foi muito bom ter aprendido essas técnicas aí que você me passou, vou tentar colocar em prática, vou tentar!"*** (P1).

O que, com efeito, evidencia que as intervenções educativas podem-se apresentar de diversas maneiras, mediante atividades grupais, podendo proporcionar interação social e auxilio na qualidade de vida dos participantes, onde, se levará em consideração, os meios e estratégias utilizadas para condução das atividades (MALLMANN, et al. 2015).

Para o participante (P2), a maior motivação é a sensação de se sentir bem, e seu aprendizado: ***"O motivo deu participar é porque eu me sinto bem, estou aprendendo. Toda vez que venho aprendo uma coisa diferente e me sinto bem".***

Em relação ao participante P3, além de motivá-lo a ter uma saúde melhor e melhorar sua qualidade de vida, o participante relata também dos sonhos e desejos que almeja realizá-los, que segundo o participante seguindo essas instruções que são passadas e com o seu tratamento no CAPS, conseguirá substituir por coisas boas.

> "***Olha, primeiramente, me motiva cada vez mais a ter uma saúde melhor. É por esse fato, e tendo uma saúde, vai melhor no caso minha qualidade de vida. Também tenho vários sonhos ainda que eu não realizei, e com a saúde, praticamente usando as instruções que estão sendo passadas aqui. Inclusive, eu estou aqui no CAPS para tirar as coisas ruins e substituir por coisas boas"*** (P3).

Segundo Santos e Serbena (2017), os sonhos resgatam a subjetividade e os processos internos psicológicos, que quando trabalhados proporcionam sentido ao

sofrimento psíquico, visto que, quando observado com atenção seus métodos de intervenções seria capaz de promover saúde mental, buscando autonomia dos indivíduos, ocupando-se de um processo auto reflexivo e profundo.

Para o quarto participante, o que o motiva a participar, é aprender a cuidar de si, do seu corpo, da sua mente, visto em sua fala:

> *"**O que me motiva é aprender cuidar de mim, né? Isso é, o que é importante. Aprender cuidar mais de mim, de todo o meu corpo, né? Cuidar da minha mente, cuidar de tudo. Esses é um do motivo que é importante está aqui nesse grupo, fazendo parte. "*** (P4).

Para Fonseca (2016), as emoções estão fortemente atreladas à aprendizagem, atuando sobre funções cognitivas e ações específicas que concedem ao indivíduo, primeiro adaptar-se, e depois aprender a aprender. O que fica evidente, nas falas dos participantes em relação aos sentimentos existentes na motivação em participar do grupo e na projeção do desejo por tentar colocar em prática, as informações repassadas nas ações de educação em saúde.

Dessa forma, as falas dos participantes colaboram ao objetivo traçado nesse estudo e se justificam na relevância das ações de educação e promoção do cuidado, especialmente no serviço de saúde mental para qualidade de vida desses usuários. Evidenciando a relevância do processo de educação em saúde para os usuários na modalidade de acolhimento noturno, conforme preconiza a rede de atenção psicossocial e a Portaria n° 3.088 de 2011.

Sendo interessante, antes da realização das ações de educação em saúde conhecer as necessidades existentes desse público, como foi realizado neste estudo, trazendo espaço para escolhas e sugestões dos usuários para temáticas que os mesmos tenham mais interesse, estimulando dessa forma, a participação dos usuários nas construções e decisões relacionadas a sua saúde.

Esses resultados encontram subsídios, que possam amparar pesquisas e ações voltadas à educação em saúde e promoção do cuidado, com enfoque na melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço de saúde mental.

Como enfermeira, ressalto a importância das ações de educação em saúde, como forma de promoção do cuidado a esses usuários, com ações que visam a melhoria da qualidade de vida, no que diz respeito ao cuidado individual por intermédio de

intervenções coletivas. Considerando-se, que as transições de saúde e doença envolvem sempre processos complexos de ajustamentos físicos e mentais (MENDES, et al. 2018).

Considerações finais

Com os dados da pesquisa, evidencia-se a importância da necessidade de trabalhar não apenas o transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, mas a integralidade do sujeito, propondo a otimização do processo de mudanças de hábitos, por meio da construção e compartilhamento de informações, compreendendo o sujeito com suas subjetividades e singularidades, impulsionando como protagonista do seu cuidado.

Desse modo, é possível observar a educação em saúde como instrumento notável no processo de construção de mudança e promoção do cuidado, além de uma ferramenta de espaço para reflexão, aprendizagem, construção de vínculos, motivação, suporte e confiança.

Os objetivos da pesquisa, de forma geral foram alcançados, no entanto houve dificuldade na realização do mesmo, devido o momento de enfrentamento pela pandemia da COVID-19 e os protocolos estabelecidos, ocorreu uma diminuição dos usuários admitidos no acolhimento noturno, além da dificuldade da adesão e permanência desses usuários no acolhimento.

Por fim, acredita-se que com esse estudo, seja um caminho para expansão do cuidado, buscando conhecer a realidade desses usuários, objetivando os saberes da realidade atual. Com intuito de contribuir, ampliando a atenção prestada aos pacientes com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, favorecendo o protagonismo dos usuários no processo do cuidar.

Referências

AFONSO, Lúcia et al. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002. Disponível em: http://professor.ufop.br/sites/default/files/danielmatos/files/oficinas_em_dinamica_de_grupo.pdf. Acesso em: 05 jan. 2023.

DA COSTA, Daniel Alves et al. Enfermagem e a Educação em Saúde. **REVISTA CIENTÍFICA DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE GOIÁS" CÂNDIDO SANTIAGO",** v. 6, n. 3, p. e6000012-e6000012, 2020. Disponível em: https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/234/90. Acesso em: 06 jan. 2023.

BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. **Titulo original L' analyse de contenu**. Presses Universitáires de France, 1977. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Disponível em: https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf. Acesso em: 06 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

CÉZAR, Michelle de Almeida; MELO, Walter. Centro de Atenção Psicossocial e território:espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos,** v. 25, p. 127-142, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Rnd4H9LjdgRR9WqxbDWFM5q/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 03 jan. 2023.

FONSECA, Vitor da. Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**, v. 33, n. 102, p. 365-384, 2016. Acesso em:12/01/2023. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v33n102/14.pdf.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1763-1772, 2015.

MENDES, Aida Cruz et al . Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 2, p. 73-83, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200003. Acesso em: 23 de jan. 2023.

PEREIRA b., Priscila de Faria et al. Avaliação das estratégias de educação em grupo e intervenção telefônica para o diabetes tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.55, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/X8BvfsSkRMtrLqCpYGCMjDJ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 07 jan. 2023.

PINHO, Maria Carla Vieira. Educação em saúde: práticas educacionais do enfermeiro. 2018. 115 f. **Tese** (Doutorado em Educação, Arte e História da Cultura) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2018. Disponível em:

https://dspace.mackenzie.br/bitstream/handle/10899/24667/MARIA%20CARLA%20VIEIRA%20PINHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 04 jan. 2023.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 318-325, 1995. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

SANTOS, Jéssica Caroline dos; SERBENA, Carlos Augusto. Trabalho com sonhos em saúde mental na perspectiva da Psicologia Analítica. **Mental**, v. 11, n. 21, p. 501-526, 2017.Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200013. Acesso em: 25 de jan. 2023.

SILVA, Fernanda Machado da et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 347-353, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/4PwMLpKKHKqGhGMCPSkHxrJ/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 08 jan. 2023.

SILVA, Itana Carvalho Nunes et al. Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/t3BfzTpJG8KWfGdnxKbSxxw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

VIEIRA, Mariana de Sousa Nunes; MATIAS, Karolina Kellen; QUEIROZ, Maria Goretti. Educação em saúde na rede municipal de saúde: práticas de nutricionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 455-464, 2021. Disponível em: https://scielosp.org/article/csc/2021.v26n2/455-464/pt/. Acesso em: 07 jan. 2023.

<<. >>

ARTIGO

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde mental de Palmas após a pandemia do COVID-19.

Burnout syndrome in mental health professionals in Palmas after the COVID-19 pandemic.

Natália de Amorim Mota[1]; Jaciane Araújo Cavalcante[2].

RESUMO

A síndrome de burnout é um problema significativo nos profissionais da saúde. O objetivo do estudo foi apresentar as características de exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização profissional (RP) em profissionais de saúde mental. É um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa, cuja amostra foi composta por 11 profissionais de saúde. Os dados foram coletados utilizando-se dois instrumentos de autopreenchimento: um formulário de dados sociodemográfico e *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Apresentaram EE 33,6% Enfermeiros, 30,3% Assistentes Sociais, 27,9% Técnicos de Enfermagem e alta despersonalização em 32,8% Enfermeiros, 29,7% Assistentes Sociais, 29,2% Técnicos de Enfermagem. Foram identificados com altos escores em pelo menos dois domínios do *Burnout* 100% de enfermeiros, 100% dos técnicos de enfermagem e 50% dos Assistentes Sociais. Conclui-se que os profissionais da saúde mental são um grupo de risco de burnout. Essa vulnerabilidade pode ser minimizada com intervenções de programas preventivos de suporte ao trabalhador, direcionadas ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento às situações estressantes do trabalho.

Descritores: Saúde Mental. Síndrome de Burnout. Pandemia.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a significant problem in health professionals. The aim of the study was to present the characteristics of emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and professional fulfillment (PR) in mental health professionals. It is a descriptive study with a quantitative approach., whose sample consisted of 11 health professionals. Data were collected using two self-report instruments: a sociodemographic data form and the Maslach Burnout Inventory (MBI). They presented EE 33.6%Nurses, 30.3% Social Workers, 27.9% Nursing Technicians and high depersonalization in 32.8% Nurses, 29.7% Social Workers, 29.2% Nursing Technicians. 100% of nurses, 100% of nursing technicians and 50% of Social Workers were identified with high scores in at least two Burnout domains. It is concluded that mental health professionals are a risk group for burnout. This vulnerability can be minimized with interventions from preventive worker support programs, aimed at developing coping strategies for stressful situations at work.

Descriptors: Mental Health. Burnout syndrome. Pandemic.

[1] **Enfermeira, residente natiamorimmota@gmail.com**

[2] **Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Docente do curso de Enfermagem, UFT cavalcante.jaciane@gmail.com.**

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout é uma resposta ao excesso de estresse ocasionado pelo trabalho, principalmente por haver uma pressão, conflitos. É um fenômeno que é dividido em três dimensões: exaustão emocional que está relacionada a falta de energia, despersonalização que está ligada a perda com o contato, podendo ser com os pacientes ou até mesmo com a própria equipe de trabalho e a terceira dimensão é a baixa realização profissional que também está ligada ao achar que não está apta ao serviço ou até mesmo não receber o devido reconhecimento do seu trabalho pela sua equipe (Schimitd et al, 2013).

O início da Síndrome de Burnout é gradativa, podendo levar alguns anos para seu surgimento, relacionado ao acúmulo de acontecimentos no ambiente de trabalho (Carlloto, Mary Sandra, 2011).

Os sintomas da Síndrome de Burnout são vistos através do esgotamento emocional, cansaço, mal-estar, irritabilidade, falta de realização pessoal, problemas com o sono, úlceras digestivas, perda de peso, dores musculares e de coluna, alergias, entre outras (Abreu et al, 2014).

A pandemia de COVID-19 trouxe para os profissionais de saúde (Freitas et al, 2020), especialmente os que estiveram na linha de frente da pandemia, potenciais aumento de sobrecarga e estresse, apontadas com estreita relação para o “estresse crônico” ou síndrome de Burnout (SB). A saúde mental dos profissionais que estão na linha de frente também gerou uma preocupação, devido ao aumento da sobrecarga de trabalho. Outra situação que pode interferir na saúde mental é a preocupação quanto ao risco de contaminação de um vírus que tem um alto índice de contágio (Borges et a, 2021).

Os Centros de Atenção Psicossocial álcool e/ou Outras Drogas AD III vêm crescendo gradualmente no país seguindo as diretrizes da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. A legislação determina novas e importantes orientações na forma de cuidado em saúde mental, transferindo o modelo de internação hospitalar para os de atenção de base comunitária integrados com outros dispositivos de saúde (Jarruche & Mucci, 2021).

Segundo a Portaria Nº 3.088 de Dezembro de 2011 o Centro de Atenção Psicossocial álcool e/ou Outras Drogas AD III deve prestar atendimento para o público em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas. O serviço é de portas abertas e atende o público que tem acima de 18 anos. Para sua capacidade operacional, o município tem que conter mais 200.000 habitantes.

A Portaria Nº 336 de Fevereiro de 2002 traz também que o Centro de Atenção

Psicossocial álcool e/ou Outras Drogas AD III além de portas abertas, oferta atendimento 24 horas de segunda a domingo. Os atendimentos ofertados são de forma individual, sendo eles: orientações de forma geral, psicoterapia, entrega de medicações, também são ofertados atendimento em grupos, visita domiciliar e atendimento com a família do usuário. O serviço que é ofertado é o acolhimento noturno, cujo usuário permanece acolhido no serviço por até 14 dias com o objetivo de cuidado e recuperação em relação ao uso abusivo das substâncias.

O Centro de Atenção Psicossocial AD III tem uma proposta de quebra do modelo tradicional em prol de mudar a forma de lidar com o sofrimento e seus determinantes. É um serviço que atende usuários tanto de forma psicológica quanto no âmbito social, realizando a inserção dele na sociedade (Lacerda & Rojas, 2016).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

É um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Para o estudo descritivo, segundo Gil (2002), o principal objetivo é a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou a relação entre ambas, e uma das características mais significativas está na utilização de instrumentos técnicos padronizados para a coleta de dados.

Os alvos da pesquisa foram os profissionais de saúde sendo eles Médicos, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Assistentes Sociais e Técnicos em Enfermagem que compõem a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e/ou Outras Drogas AD III e a coleta de dados ocorreu dentro do período de 02/01/2023 à 10/09/2023.

Tem como instituição formadora a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) juntamente com o Centro Universitário Luterano de Palmas (COREMU), em conformidade com a Lei Municipal 2.010, de 12 de dezembro de 2013, que instituiu o Programa Integrado de Residências em Saúde - PIRS.

Os critérios de inclusão utilizados foram estar no serviço a mais de 6 meses no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas AD III à mais de 6 meses e ser maior de 18 anos. Os critérios de exclusão adotados foram não ter mais de 6 meses atuando no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas III, estar de licença ou férias, desistência ou ausência após três tentativas de coleta e não aceitar participar da pesquisa e não assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A amostra foi composta por 42 profissionais, onde a obtenção exata da amostra foi entregue em forma de planilha após uma reunião com o coordenador da unidade, logo após ter apresentado a proposta da pesquisa.

Para coleta dos dados foi aplicado questionário com uma escala estruturada, autoexplicativa e auto preenchível adaptado de Jodas e Haddad (2009), contendo: idade, sexo, dados sociodemográficos e 22 itens da *Maslach Burnout Inventory* (MBI). O MBI é um instrumento criado para avaliar a incidência da Síndrome de *Burnout*, validado no Brasil em 2001, contém 22 itens com afirmações que avaliam três dimensões: Exaustão Profissional (questões de 1 a 9), Realização Pessoal (questões de 10 a 17) e Despersonalização (questões de 18 a 22) (PORTELA et al 2015). A avaliação dos itens utiliza a escala do tipo *Linkert* variando de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias. (JODAS; HADDAD, 2009).

Quadro 1 – Valores de referência para Síndrome de *Burnout* - NEPASB 2001.

DIMENSÕES	**PONTOS DE CORTE**		
	Baixo	**Médio**	**Alto**
Exaustão Emocional	0 -15	16 – 25	26 – 54
Despersonalização	0 – 02	03 – 08	09 – 30
Realização Profissional	0 – 33	34 – 42	43 – 48

Fonte*:* BENEVIDES-PEREIRA (2001) *apud* JODAS & HADDAD (2009).

Foram utilizadas duas estratégias de coleta de dados neste estudo: entrevista individual presencial e entrevista individual online, onde o participante poderá escolher. Se o participante optar por ser online será realizado através do instrumento Google Forms.

Os dados obtidos através do questionário foram tabulados através do programa *Microsoft Excel 2010* e analisados utilizando os valores de referência para identificação da SB do Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB), que caracteriza como resultado sugestivo para síndrome a presença de altos escores em exaustão emocional e despersonalização correspondem a elevado nível de *Burnout*, enquanto baixos escores em realização profissional estão relacionados a alto nível da síndrome (CARLOTTO et al 2020).

A análise estatística foi realizada por meio do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 21.0 *for Windows*. Pretende-se analisar a prevalência dos agravos de saúde relacionados à síndrome de *Burnout* em profissionais, através da frequência absoluta e relativa.

O presente projeto foi submetido à Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa - CAPP, parecer nº 101, posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FESP, com

CAAE 63252922.5.0000.9187 e parecer nº 5.796.649 e teve aprovação em ambos os departamentos.

Para a entrevista presencial foram seguidos os princípios éticos de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, respeitando para isso toda a privacidade do ser humano que será pesquisado.

Para entrevista online foram adotadas também precauções conforme orientações do Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, quanto às medidas visam preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa em se tratando de pesquisa por 'Meio ou ambiente virtual' que "envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios".

3. RESULTADOS

A coleta de dados aconteceu em janeiro de 2023, o convite da pesquisa foi entregue aos 42 participantes, destes, 11 profissionais aceitaram participar da pesquisa. Alguns optaram por responder a pesquisa no modo on-line, porém, somente 1 respondeu ao questionário.

Participaram do estudo 11 trabalhadores e destes 10 tinham formação superior; 01 formação técnica; 09 do sexo feminino; 06 possuem um companheiro; 04 tinham filhos, 10 profissionais responderam que trabalhavam em outro local, além do Centro Psicossocial Álcool e Outras Drogas AD III.

Dentre os profissionais participantes foram distribuídos em cinco categorias com maior participação dos psicólogos (n=6; 55%), assistentes sociais (n=2; 18%), Enfermeiros (n=1; 9%), Terapeutas Ocupacionais (n=1; 9%), Técnicos em Enfermagem (n=1; 9%). Dos profissionais tinham formação superior, mais da metade (n=8; 73%) concluíram pelo menos uma especialização.

A média de idade foi de 37,09 (dp ± 8,49) com a maior parte do gênero feminino (n=9; 82%), com mais de um vínculo empregatício (n=10; 91%), com média de 54,09 (dp ± 21,52) de horas trabalhadas na semana.

Foram tabuladas as distribuições das três dimensões com os respectivos percentuais de acometimento em cada categoria profissional. Dentre as cinco categorias profissionais, os Enfermeiros (33,6%), Assistentes Sociais (30,3%) e Técnicos de Enfermagem (27,9%) tiveram a maior porcentagem para alto desgaste emocional. Os

Enfermeiros apresentam alta despersonalização (32,8%) e realização profissional (29,3%). Foram identificados Assistentes Sociais (29,7%) e Técnicos de Enfermagem (27,2%) alta despersonalização. (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição das três dimensões do MBI com os respectivos percentuais para cada categoria profissional – Palmas/TO, 2022.

DIMENSÕES	Psicólogos %	Assistentes Sociais %	Enfermeiros %	Terapeutas Ocupacionais %	Técnicos em Enfermagem %
Exaustão emocional					
Alto	22,1	30,3	33,6	20,5	27,9
Moderado	52,1	52,4	55,3	50,7	53,4
Baixo	25,8	17,7	11,1	28,8	18,7
Despersonalização					
Alto	27,4	29,7	32,8	25,3	29,2
Moderado	51,2	51,4	47,2	43,5	45,6
Baixo	21,4	18,9	20,0	31,2	25,2
Realização profissional					
Alto	26,7	24,2	29,3	23,8	26,1

Moderado	51,8	54,9	48,5	44,7	53,1
Baixo	21,5	20,9	22,2	27,7	20,8

Para o diagnóstico sugestivo de SB é necessário obter pontos de corte superior para as três dimensões que a caracterizam (CARLOTTO et al., 2020). A fim de identificar a porcentagem de profissionais que obtiveram altos escores em uma, duas ou três dimensões, foi construída a Tabela 2. No geral, 3 categorias profissionais, Enfermeiros (100%), Técnicos de Enfermagem (100%) Assistentes Sociais (50%), do CAPS-AD III, apresentaram uma pontuação alta para EE ou DP, atendendo assim aos critérios de burnout (**tabelas 2**).

Tabela 2 - Distribuição dos três domínios do MBI com os respectivos percentuais por categoria profissional – Palmas/TO, 2022.

Profissionais	**N°**	**Um domínio elevado (%)**	**N°**	**Dois domínios elevados (%)**	**N°**	**Três domínios elevados (*Burnout*) (%)**
Psicólogos	3	50	3	50	-	-
Assistentes Sociais	-	-	1	50	1	50
Enfermeiros	-	-	-	-	1	100
Terapeutas Ocupacionais	-	-	1	100	-	
Técnicos em Enfermagem	-	-	-	-	1	100

Total	3	6	3

Constatou-se que nenhum dos psicólogos e terapeuta ocupacional apresentou o diagnóstico sugestivo de Síndrome de Burnout.

4. DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram que o burnout significativo foi relatado por 27% dos entrevistados e que foi associado principalmente a dois fatores: exaustão emocional e despersonalização. Também foi mais pronunciado para a categoria de enfermagem.

Antes de discutirmos nossos resultados do burnout, gostaríamos de destacar algumas observações metodológicas. Primeiro, o método para identificar os estágios de burnout nem sempre é idêntico. Os autores frequentemente apresentavam resultados compilados, sem detalhar as diferentes dimensões do MBI, o que impedia as comparações do nível de burnout com alguns estudos (AZEVEDO et al., 2019; HOOPER, 2010).

Em segundo lugar, na maioria dos estudos, o burnout foi examinado em apenas uma categoria profissional: enfermeiros ou médicos Wallace (2009). Por fim, e assim como nossa pesquisa, a maioria dos estudos apresentou baixa taxa de resposta e participação, o que produz um viés de seleção.

Nosso estudo, realizado com profissionais que enfrentaram a pandemia da Covid-19, destacou que a enfermagem foi mais afetada pelo burnout em comparação com outras categorias. Este resultado é consistente com a grande maioria dos estudos publicados, independentemente do país, que mostraram taxas de prevalência de burnout entre enfermeiros variando de 35% (JANEWAY, 2020) a 68% (BRUYNEEL, et al., 2021). Esta diferença levanta questões sobre a evolução das condições de trabalho, que certamente se deterioraram desde 2020, ano da pandemia pelo Sars Cov-2 (CHOCHOL et al., 2020; RAUDENSKÁ et al., 2020).

Segundo (ZANATTA, Aline Bedin, LUCCA, Sérgio Roberto, 2021) o trabalho realizado no Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Outras Drogas AD III, depende muito de articulações entre equipes multiprofissionais, que muita das vezes é complexo, partindo para sentimentos intensos, onde a demanda é alta.

Profissionais de saúde mental trabalham rotineiramente com pacientes e funcionários que sofrem de estresse, esgotamento entre outros agravos. Conforme nosso

estudo demonstra os enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais assim como outras categorias não elencadas aqui, estes profissionais no CAPS-AD-III, estão na linha de frente e no contexto do tratamento de pacientes com Covid-19, o que justifica sofrerem com altas taxas de esgotamento.

Outras maneiras pelas quais os profissionais de saúde mental podem ajudar a aliviar ou prevenir o esgotamento incluem criação de programas de gerenciamento de estresse para o desenvolvimento de habilidades comportamentais cognitivas, autocuidado, treinamento de resiliência, ioga, tai chi, exercícios respiratórios de atenção plena junto com outras técnicas de autoconsciência podem ser ensinados (ALMEN et al., 2020; ARYANKHESAL, et al., 2019).

Descobriu-se que esses programas previnem e diminuem o impacto do esgotamento dos profissionais que atuam em ambientes de assistência à saúde física ou mental (JANEWAY, 2020).

O principal limite do nosso estudo é o desenho do estudo. De fato, a natureza transversal do estudo impõe limitações temporais. Não pode provar relação de causa e efeito entre as variáveis associadas, particularmente sobre a saúde dos profissionais de PS. Assim, não conseguimos avaliar se, por exemplo, um nível de burnout é resultado de um distúrbio do sono ou é uma causa.

Apresenta uma baixa taxa de participação (74% de não respondentes) contudo foi baseado em questionários validados e reconhecidos pela comunidade científica (SANTOS, & CARDOSO, 2010; ZANATTA & LUCCA, 2015; AZEVEDO et al., 2019).

Destaca o grave problema do sofrimento dos profissionais do CAPS-AD-III ao evidenciar o risco de burnout. Esses resultados devem ser levados em consideração para a saúde dos profissionais e para a melhoria da qualidade da assistência. De fato, como Mota et al., (2020) demonstram, a qualidade de vida no trabalho pode levar a erros médicos com repercussões como o comprometimento do desempenho do sistema de saúde. Talvez a saúde de nossos profissionais deva ser considerada como um importante determinante da qualidade do atendimento e da saúde do paciente, ou ainda é um indicador “esquecido” da qualidade de nossos sistemas, como sugere Wallace (2009).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do nosso estudo mostram que os profissionais do CAPS-AD-III são um grupo vulnerável, já que quase metade deles já experimentou o esgotamento. Com efeito, são confrontados com situações intensas e repetitivas próprias da profissão da saúde mental (gravidade das patologias, imprevisibilidade das situações, carga emocional e frequente

violência física e verbal) que constituem um terreno propício ao desenvolvimento de stress e burnout. Este estudo mostra a necessidade de abordagens preventivas ao estresse e ao burnout, como a implantação de programas de prevenção e tratamento dessa síndrome.

REFERÊNCIAS

ABREU, Simone Aparecida et al. Determinação dos sinais e sintomas da síndrome de burnout através dos profissionais da saúde da santa casa de caridade de alfenas nossa senhora do perpétuo socorro. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 201-238, 2015.

Almen, N., Lisspers, J., Öst, L. G., & Sundin, Ö. (2020). **Behavioral stress recovery management intervention for people with high levels of perceived stress: A randomized controlled trial**. International Journal of Stress Management, 27(2), 183.

Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., & Farhadi, Z. (2019). **Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review**. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 33, 77.

Azevedo, D. D. S., Ferraz, M. M. M., Ferreira, R. D. S. A., Lira, J. A. C., Azevedo, D. D. S., Amorim, S. M. R., & Veloso, L. U. P. (2019). **Risco de Síndrome de Burnout em enfermeiros da saúde mental**. Rev. enferm. UFPE on line, 1-9.

BRAZIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRAZIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS.

Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). **Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium**. Intensive and Critical Care Nursing, 65, 103059.

CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 403-410, 2011.

Chochol, M. D., Pease, E., Swintak, C., & Anand, U. (2021). **Addressing well-being, burnout, and professional fulfillment in child and adolescent psychiatry trainees during the COVID-19 pandemic through implementation of a virtual Balint-like group: a pilot study**. Academic Psychiatry, 45(5), 581-586.

DE SOUSA BORGES, Francisca Edinária et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 2021.

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020119, 2020.

Gil, A.C. Como elaborar projetos e pesquisa. 2002.3 ed. São Paulo: Atlas;
1995:58

Hooper C., Craig J., Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. **Satisfação por compaixão, esgotamento e fadiga por compaixão entre enfermeiros de emergência em comparação com enfermeiros em outras especialidades de internação selecionadas**. Jornal de enfermagem de emergência. 2010; 36 (5):420–427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027.

Janeway, D. (2020). **The role of psychiatry in treating burnout among nurses during the Covid-19 pandemic**. Journal of Radiology Nursing, 39(3), 176-178.

JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. Síndrome de *burnout* em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 162–173, 26 abr. 2021.

LACERDA, Clarissa de Barros; FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 363-372, 2016.

Mota, A. N., Silva, S. M. M., Maciel, E. D. S., & Quaresma, F. R. P. (2020). **Estresse percebido em trabalhadores de Unidades de Pronto Atendimento em Palmas, Tocantins**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, 18(2), 142-148.

Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Varrassi, G. (2020). **Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic**. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 34(3), 553-560.

Santos, A. F. D. O., & Cardoso, C. L. (2010). **Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout**. Estudos de Psicologia (Campinas), 27, 67-74.

SCHMITD, Denise Rodrigues Costa et al. Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm., Brasília**, v.66, n. 1, p. 13-17, Feb. 2013.

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. **Bem-estar do médico: um indicador de qualidade ausente**. A Lancet. 2009; 374 (9702):1714–1721. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.

Zanatta, A. B., & Lucca, S. R. D. (2015). **Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 49, 0253-0258.

ZANATTA, Aline Bedin; DE LUCCA, Sergio Roberto. Síndrome de Burnout nos trabalhadores da Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial. **O Mundo da Saúde**, v. 45, n. 1, p. 390-399, 2021.

Critérios para publicação na revista CEREUS:

Diretrizes para Autores

1 SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1.1 Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word e não ultrapassem 30MB com número mínimo de 8 e máximo de 15 páginas
1.2 URLs para referências informadas quando disponíveis.
1.3Os artigos poderão ser enviados em Português, Inglês ou Espanhol.

1.4 A contribuição não está sendo avaliada para publicação por outra revista;

1.5 O arquivo contendo o manuscrito principal deve ser submetido sem a identificação e afiliação dos autores.

1.6 A folha de rosto deve ser apresentada como um arquivo suplementar contendo os nomes dos autores, instituições e (autor principal) endereço de correspondência.

1.7 Número máximo de autores e co-autores é de oito;

1.8 As tabelas devem ser preparadas e inseridas no corpo do texto.

1.9 Arquivos com aprovação do Comitê de Ética devem ser enviados como arquivos suplementares obrigatórios..

1.10 Se o texto submetido resultar de pesquisa apoiada ou financiada por terceiros, informar corretamente os dados da instituição financiadora;

1.11 Os autores são os responsáveis pela tessitura das frases e exatidão dos conceitos e conclusões emitidos nos trabalhos publicados.

1.13 Declaração de autorização para publicação e a cessão de direitos autorais assinado por todos os autores, deve ser apresentado como um arquivo suplementar.

A partir de **03/09/2019** os artigos deverão ser submetidos no modelo abaixo

Modelo de Artigo da Revista Cereus

Categorias de artigos recebidos pela revista

a) **ARTIGO ORIGINAL**: Os subtítulos incluem: A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os **Materiais e Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva, completa e concisa, sem prolixidade, com a devida indicação da aprovação e número de protocolo de Comitê de Ética em Pesquisa. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações e comparações. O texto deve complementar – e não repetir – o que está descrito em tabelas e figuras. A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as **Conclusões** e indicando os caminhos para novas pesquisas. **Referências**.

b) **ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA**: serão aceitas apenas revisões sistemáticas , integrativas e metanálises. Deve apresentar resumo, abstract, introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões.

c) **RELATOS DE EXPERIÊNCIA:** não serão aceitos artigos dessa modalidade.

Checklist

a. Aceitar a autorização para publicação e cessão de direitos autorais.
b. Rever nome, titulação e instituição de origem dos autores com inclusão do endereço, telefone, e e-mail do autor principal.
c. Verificar se os dados da instituição responsável/financiadora foram corretamente informados.
d. Verificar a sequência de subtítulos das seções.
e. Reler o resumo para constatar se houve a inclusão dos objetivos, métodos empregados, resultados e conclusões, e palavras-chave.
f. Checar se os autores utilizados no texto foram referenciados ao final, observando-se as normas adotadas pela Revista.
g. Checar se foram devidamente informados os títulos e legendas das ilustrações e se trazem os respectivos créditos.
h. Verificar se todos os documentos complementares foram anexados a plataforma.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Declaração de Direito Autoral

A Cereus se reserva o direito de efetuar, nos originais, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores. As provas finais não serão enviadas aos autores. Os trabalhos publicados passam a ser propriedade da Revista Cereus, ficando a sua reimpressão total ou parcial, sujeito à autorização expressa de sua direção. Os originais não serão devolvidos aos autores. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.

A revista se reserva o direito de não receber textos enviados fora das normas.

Acessar o link para iniciar o processo de submissão:

http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/submission/wizard

Artigos

A Revista recebe artigos científicos relacionados às seguintes áreas: Sociais/ Humanas, Biológicas/da Saúde, Tecnológicas e Interdisciplinar.

Declaração de Direito Autoral

DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Os autores do manuscrito submetido declaram ter conhecimento que em caso de aceitação do artigo, a Revista Cereus, passa a ter todos os direitos autorais sobre o mesmo. O Artigo será de propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada qualquer reprodução, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica.

10.18605/2175-7275/cereus.v15n3p109-119

ARTIGO ORIGINAL

<< Recebido em: 08/06/2023 Aceito em: 11/09/2023. >>

REVISTA CEREUS
ISSN: 2175-7275

Avaliação do consumo de benzodiazepínicos em usuários do CAPS AD III de Palmas/TO

Evaluation of benzodiazepine consumption in users of CAPS AD III in Palmas/TO

Suelânia de Andrade Barbosa Silva[1], Áurea Welter[2]

[1] **Farmacêutica. Especialista em Saúde Mental. Fundação Escola Saúde Pública de Palmas.** https://orcid.org/0009-0007-3108-3354

E-mail: suelaniaandrade@gmail.com

[2] **Farmacêutica. Doutora em Biodiversidade e Biotecnologia . Docente da Universidade Federal do Tocantins. https://orcid.org/0000-0002-9523-7021**

RESUMO

Os benzodiazepínicos constituem a classe de medicamentos mais utilizados no Brasil, porém estes podem causar efeitos adversos, além de levar a tolerância, abstinência e dependência. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil sociodemográfico dos usuários do território Karajá atendidos pelo CAPS AD III de Palmas e verificar se as prescrições de benzodiazepínicos estão de acordo com o tempo de tratamento que a literatura preconiza. Considerando os 52 participantes do estudo, verificou-se que houve predomínio do sexo masculino (92,3%), na faixa etária entre 41 a 50 anos (30,8%), escolaridade expressiva em ensino fundamental (34,6%), em sua grande maioria usuários de álcool (63,5%) e em acompanhamento para o uso abusivo de drogas há mais de um ano (44,2%). Em relação aos benzodiazepínicos, 59,6% dos usuários fizeram o uso destes sendo que o diazepam foi o fármaco mais prescrito (54,9%), com o tempo de uso até 60 dias (74,3%). Apesar da atenção especializada ser considerada referência diante dos níveis de atenção à saúde, percebe-se que há necessidade de racionalização de prescrição e dispensação de benzodiazepínicos aos usuários em questão, pois o uso prolongado pode intensificar ainda mais o déficit de memória e atenção, dificultando a recuperação e retardando o processo de reinserção social.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Centro de atenção psicossocial. Álcool e drogas.

ABSTRACT

Benzodiazepines are the most widely used class of drugs in Brazil, but they can cause adverse effects, as well as lead to tolerance, withdrawal, and dependence.
The objective of this study was to describe the sociodemographic profile of users from the Karajá territory assisted by the CAPS AD III in Palmas and to verify if the prescriptions for benzodiazepines are in accordance with the treatment time recommended in the literature. Among the 52 study participants, there was a predominance of males (92.3%), between 41 and 50 years (30.8%), with a significant percentage of elementary school education (34.6%). Most of them were alcohol users (63.5%) and were being monitored for drug abuse for over a year (44.2%). Regarding benzodiazepines, 59.6% of the participants had used them, and diazepam was the most prescribed drug (54.9%), with a duration of use for up to 60 days (74.3%). Although specialized care is considered a reference among the different levels of health care, there is a need to rationalize the prescription and dispensing of benzodiazepines to these users, because prolonged use can further intensify memory and attention deficits, making recovery more difficult and delaying the process of social reintegration.

Keywords: Benzodiazepines. Psychosocial care center. Alcohol and drugs.

1. INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos (BZD) são medicamentos psicotrópicos que tem ação sobre o sistema nervoso central (SNC) por meio da transmissão sináptica inibitória modulando o receptor subtipo A do ácido gama-aminobutírico (GABA A). Apresentam atividade ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular, além de serem indicados no tratamento da depressão e Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) (FARIA et al., 2019; DAMASCENO, 2020).

Cerca de 70-80% dos dependentes de álcool podem apresentar sintomas de abstinência nas primeiras 8 horas, incluindo os tremores, ansiedade, ressaca (náuseas, vômitos e cefaleia), insônia e inquietação psicomotora. Cerca de 10% apresentam convulsões após 12 horas de diminuição na quantidade de ingesta ou 7 horas após interrupção total do consumo de álcool e, um terço desses pacientes, podem apresentar *delirium tremens* (RIBEIRO; REZENDE, 2013).

Quando os usuários crônicos de álcool, particularmente os indivíduos diagnosticados por perturbações do uso de álcool suspendem a ingesta, pode surgir um quadro de privação de uso de álcool, denominada SAA. O tratamento medicamentoso para essa síndrome tem por objetivo aliviar os sintomas agudos de privação, prevenir as complicações da abstinência de álcool e iniciar ao processo de reabilitação do indivíduo (TEIXEIRA, 2021).

Os BZD são os medicamentos mais indicados para o tratamento da SAA, especificamente o diazepam com dosagem de 10-30 mg/hora até o paciente ser levemente sedado, sendo a sua retirada gradual e descontinuada ao longo de 7-10 dias. A prescrição de lorazepam pode ser uma alternativa substitutiva e sua dose deve ser equivalente ao diazepam (RIBEIRO; REZENDE, 2013).

Os usuários que consomem a maconha de forma abusiva, podem apresentar sintomas após 48 horas de interrupção, caracterizados por irritabilidade, insônia, agressividade, tremores e náuseas. Já os sintomas de abstinência por cocaína são agitação, depressão, aumento do sono, apetite e fissura intensa, sendo que independente da droga ilícita em uso, quando há quadros de ansiedade e agitação, o tratamento será realizado com barbitúricos ou BZD, em doses baixas (RIBEIRO; REZENDE, 2013).

Os BZD são classificados de acordo com a sua meia vida plasmática em longa ação (diazepam e flurazepam), ação intermediária (alprazolam, bromazepam, clonazepam e lorazepam) e os de ação curta (midazolam e triazolam) (FARIA et al., 2019; DAMASCENO, 2020).

De acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Palmas-TO, os BZD que compõe a lista são: bromazepam, clobazam, clonazepam, diazepam, flunitrazepam, lorazepam e midazolam (PALMAS, 2019).

O uso dessas medicações é altamente seguro e eficaz a curto prazo, sendo recomendado utilizar por duas a quatro semanas. Em contrapartida, a utilização acima desse período pode estar associada ao desenvolvimento de dependência física e psicológica, sendo esses efeitos mais acentuados em idosos (MANTOVANI; QUAGLIATO, 2019). Apesar dessa classe de fármacos serem citados na literatura como medicamentos seguros, seus benefícios não superam os problemas e a complexidade relacionada a um quadro de dependência (PIRES; PAIVA, 2021).

Quanto maior for a dose usual e a frequência de uso desses medicamentos, maior o prejuízo cognitivo. Idosos que fazem o uso de BZD tem a probabilidade quatro vezes maior de sofrer queda, a qual pode causar ferimentos, fraturas e até ser fatal (DAMASCENO, 2020).

Os BZD devem ser utilizados de uma forma racional, tendo em vista que podem produzir diversos efeitos adversos a curto prazo, como efeito rebote nos distúrbios do sono, letargia, sedação e dificuldade de realizar as atividades diárias normalmente. Já como sintomas decorrentes do uso a longo prazo, pode-se citar a perda de atenção, dificuldade de concentração e cognição, crises de abstinência, alterações no comportamento e alucinações, tolerância e dependência medicamentosa (SENRA et al., 2021).

O sono é restaurador e fundamental para o funcionamento correto do organismo. De acordo com que a idade avança, o risco de distúrbios do sono aumenta. Esse distúrbio do sono pode estar relacionado ao uso de substâncias excitatórias ou transtornos psicopatológicos associada ao uso, ocasionando sintomas de ansiedade e depressão (MENDES et al., 2022).

Quando o usuário se torna dependente de BZD, pode desenvolver síndrome de abstinência devido a retirada abrupta ou redução da dose, e nesse momento, o indivíduo tende a provocar situações para conseguir o medicamento, seja omitindo os seus sintomas no momento da consulta ou obtenção deste com conhecidos que fazem uso do fármaco ou mesmo com os que trabalham em ambiente hospitalar/drogarias (LIMA et al., 2021).

Em alguns casos, a prescrição de BZD ocorre como primeira alternativa para o tratamento relacionado à saúde mental que poderia ser resolvida de outras maneiras, inclusive, não farmacológicas e/ou escutas terapêuticas ou psicológicas. Logo, esse tipo de

prática pode estar favorecendo a dependência a classe de fármacos em questão. Diversos fatores podem estar ligados aos altos índices de consumo de BZD, dentre eles: não saber lidar com as situações turbulentas do dia a dia, estímulos e propagandas relacionadas ao consumo de medicamentos pela indústria, a facilidade de aquisição associados às negligências aos cuidados durante a prescrição e dispensação destes medicamentos (SILVA et al., 2018).

Um estudo sobre a utilização de BZD no Brasil demostrou que 90% dos usuários adquirem a medicação por meio de prescrição médica. Mesmo com prescrição, é necessário monitorar e acompanhar o paciente para este não utilizar BZD por períodos prolongados, já que contribui diretamente para a dependência. Em muitos casos, os BZD são utilizados por indivíduos de diversas faixas etárias e classes sociais, sem indicação precisa, tornando esta prática um grande problema de cunho social, que gera gastos adicionais para os sistemas de saúde. Esse fenômeno se relaciona com o processo de medicalização do sofrimento, no qual problemas não médicos passaram a ser considerados como tal (MOSFIAK; BRZOZOWSKI; CICHOTA, 2020).

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 h/dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. O CAPS AD III regional é destinado para população de 200 a 300 mil habitantes, garantindo o apoio qualificado aos usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou outros agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Constitui-se em serviço de portas abertas, ou seja, sem necessidade de encaminhamento profissional, funcionando segundo a lógica de território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de substâncias (BRASIL, 2012).

O CAPS AD III é composto de uma equipe interdisciplinar capacitada e especializada, que tem por base a redução de danos desencadeados pelo consumo de substâncias e tem como estratégia ações de atenção básica a saúde mental, estruturada por ações de reinserção psicossocial, através de ações assistenciais, bem como de um planejamento terapêutico singular dentro de uma perspectiva individual e coletiva de evolução contínua (TEIXEIRA, 2021).

O profissional farmacêutico é de suma importância para realizar intervenções, já que intermedeia o processo entre paciente e medicação, sendo capacitado para fornecer orientações acerca do uso racional de medicamentos e fazer ações como palestras e campanhas de conscientização a fim de diminuir o uso crônico de medicamentos (LIMA et al., 2021). Durante o trabalho como residente em cenário de prática no CAPS AD III de Palmas/TO, foi percebido alta demanda para acesso medicamentoso, especificamente os BZD. Em um trabalho realizado por Virgens et al (2022), foi constatado que houve dificuldade de manejo na retirada dos BZD de muitos usuários que resistiam com o argumento de dificuldade em dormir e irritabilidade pela abstinência do medicamento.

Os usuários e as famílias de Palmas-TO acreditavam que resolveriam os seus problemas com a medicação e até chegavam a convencer os médicos a prescreverem, com o temor de não alcançar o sono desejado e de sentir ansiedade. O suporte psicológico era ofertado com intuito do usuário compreender suas questões individuais, potencializando sua capacidade de superação e sua resiliência, porém eles tinham dificuldade em aderir as psicoterapias. As atividades grupais foram afetadas pela pandemia do COVID-19, consequentemente houve diminuição nas ofertas e limite na quantidade de usuários por grupo terapêutico.

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil sociodemográfico dos usuários do território Karajá atendidos pelo CAPS AD III de Palmas/TO e verificar se as prescrições de BZD estão de acordo com o tempo de tratamento que a literatura preconiza. É de suma importância fazer esse levantamento, porque, além do uso de álcool e outras drogas provocarem comprometimento na função cognitiva (déficit de memória e atenção, nas funções executivas e soluções de problemas), os BZD em uso prolongado podem intensificar ainda mais esse quadro dificultando a recuperação do usuário.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo a partir dos dados documentais que permeiam o consumo de BZD pelos usuários do CAPS AD III do território Karajá de Palmas/TO no período de 01 de julho de 2021 à 31 de julho 2022.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram os usuários cadastrados na planilha do território Karajá e no prontuário eletrônico e-SUS; maiores de 18 anos acompanhados pelo CAPS AD III e que foram atendidos por qualquer profissional do serviço no período de 01 de julho 2021 à 31 de julho de 2022 e que residam neste território.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram os usuários que abandonaram o tratamento no CAPS AD III no período de abrangência do estudo; os considerados inativos perante acordo interno do serviço que é de 4 meses sem o usuário receber nenhum atendimento profissional e os que mudaram de território no período estudado.

As variáveis analisadas foram os dados sociodemográficos: (sexo, faixa etária de idade, escolaridade e estado civil), drogas em uso, tempo de tratamento a partir da data de admissão, BZD prescrito ou substituído pela mesma classe com suas respectivas frequências, quantidade dos usuários que adquiriram alta e se esses participaram de outras atividades ofertadas no período estudado. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências simples e percentagem.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de ética da Fundação Escola de Saúde de Palmas e aprovado com parecer consubstanciado número 5.590.924 e CAAE 59989822.5.0000.9187.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constituiu-se de 52 usuários do CAPS AD III pertencentes ao território Karajá de Palmas/TO, cujo atendimento foi realizado no período de 01 de julho de 2021 à 31 de julho 2022. Na tabela 1, são descritas as variáveis sociodemográficas e o perfil dos usuários do CAPS AD III.

Tabela 1: Características sociodemográficas e perfil dos usuários do CAPS AD III de Palmas, no período de 1º de julho de 2021 à 31 de julho 2022.

Sexo	Usuários (n)	Porcentagem (%)
Feminino	4	7,7%
Masculino	48	92,3%
Faixa etária (anos)		
Até 30	13	25%
31-40	13	25%
41-50	16	30,8%
51-60	5	9,6%
>61	5	9,6%
Escolaridade		
Analfabeto	3	5,8%
Ensino fundamental	18	34,6%
Ensino médio	10	19,2%
Ensino superior	1	1,9%
Não especificado	20	38,5%
Estado civil		
Não especificado	51	98,1%
Solteiro	1	1,9%
Drogas utilizadas		
Álcool	33	63,5%
Drogas ilícitas	12	23,1%

Múltiplas drogas	7	13,4%
Tempo de tratamento (admissão)		
1-6 meses	17	32,7%
7-12 meses	12	23,1%
>13 meses	23	44,2%
Uso de BZD		
Fez uso de BZD	31	59,6%
Não fez uso de BZD	21	40,4%
BZD prescrito		
Clonazepam	13	41,9%
Diazepam	17	54,9%
Lorazepam	1	3,2%
Frequência do uso de BZD (dias)		
Até 60 dias	23	74,3%
>61 dias	8	25,7%

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao sexo dos usuários do CAPS AD III de Palmas/TO, 92,3% eram do sexo masculino e 7,7% do sexo feminino. Do total de participantes do estudo, foi verificado que 10 adquiriram alta, sendo oito homens e uma mulher por objetivos alcançados e, uma mulher, por motivo de morte. Conforme Marangoni e Oliveira (2013) a morbimortalidade associada ao uso de álcool encontra-se acentuada entre as mulheres que apresentam cirrose hepática se comparado aos homens, provavelmente, ações hormonais contribuem de forma atenuante no dano hepático causado pelo álcool. Todos que receberam alta passaram por atendimento com profissionais e técnicos de referência e apenas uma recebeu atendimento psicoterapêutico individual. Esses dados são semelhantes aos encontrados em outros estudos realizados em serviços de saúde, como no CAPS AD de Fortaleza/CE, onde constatou-se a predominância de 84% do sexo masculino nos pacientes admitidos no serviço no período de janeiro a dezembro de 2017 (SILVA et al., 2021). Já no CAPS AD III da zona da mata de Pernambuco, 93,8% dos usuários ativos, no período de março a julho de 2018, também eram do sexo masculino (FRANÇA et al., 2022). Este fato pode ser explicado pela maior exposição dos homens às substâncias lícitas e ilícitas, consequentemente, a busca pelos comportamentos de riscos.

Em relação a faixa etária, 30,8% dos usuários possuíam entre 41-51 anos, o que também similariza dados com a pesquisa realizada no município de Pernambuco, onde 33,3% dos usuários estavam na faixa etária entre 40-49 anos (SANTOS et al., 2021).

Acerca do nível de escolaridade dos usuários, houve predomínio (34,6%) do ensino fundamental, seguido do ensino médio (19,2%). Não foi possível identificar a escolaridade

de 38,5% dos usuários do estudo devido ao não preenchimento deste dado durante a realização do cadastro por profissional da saúde. Resultados semelhantes foram encontrados em Fortaleza/ CE, em que 38,2% dos participantes do estudo possuíam ensino fundamental, seguido de 23,6% com ensino médio (SILVA, 2021). Outros estudos realizados também demonstram a prevalência da baixa escolaridade entre os usuários de drogas. De acordo com Marangoni e Oliveira (2013), os fatores que justificam o predomínio de indivíduos de baixa escolaridade são a faixa etária precoce de início de uso de drogas, relações conflituosas e dinâmicas familiares inadequados representados pela presença de violência física e psicológica, consequentemente a evasão escolar, ausência de inserção no mercado de trabalho e envolvimento com o tráfico.

No que se refere ao estado civil, esta informação não foi especificada para 98,1% dos usuários, o que denota fragilidades no preenchimento de dados na realização do cadastro e portanto, compromete a sua análise.

Quanto às drogas utilizadas, 63,5% dos usuários do CAPS AD III de Palmas/TO utilizavam álcool, seguido de drogas ilícitas (23,1%), como maconha, cocaína ou crack. O predomínio destas substâncias também foi demonstrado no estudo realizado em Poços de Caldas/ MG, no período de maio de 2015 a maio de 2016 com 32 usuários, sendo que destes, 96,9% fizeram o uso de álcool e 87,5% de maconha, na maioria das vezes associadas (PAIVA et al., 2021). Nessa perspectiva, é de suma relevância destacar que o álcool é uma droga lícita e de fácil acesso, seu uso socialmente é tolerado e até mesmo estimulado e que constitui um agravante quando utilizada de forma exacerbada, tanto individualmente, coletivamente e socialmente.

Sobre o tempo de tratamento para álcool e outras drogas, foi observado que 44,2% dos usuários estavam sendo acompanhados pelo CAPS AD III de Palmas há mais de 13 meses. Isto demonstra que há uma construção e preservação do vínculo usuário/profissional/serviço, o qual é considerado um fator importante para a assistência e recuperação do usuário acerca da dependência do álcool e outras drogas.

Em relação aos usuários, 59,6% fizeram o uso de BZD no período de estudo, com maior predominância (54,9%) de prescrição de diazepam, seguido por clonazepam (41,9%), e apenas 3,2%, utilizaram lorazepam. Vale ressaltar que dos 13 (41,9%) pacientes em uso de clonazepam, houve substituição do fármaco por diazepam em quatro pacientes. Esses dados corroboram majoritariamente para a prescrição do diazepam, que é indicado para o tratamento da síndrome de abstinência do álcool e reconhecido pela sua efetividade.

No entanto, a sua retirada precisa ser gradual e descontinuada ao longo de 7-10 dias, para minimizar sintomas de dependência como a ansiedade (RIBEIRO; REZENDE, 2013). O lorazepam é indicado para pacientes com idade avançada ou quando existe um déficit hepático, condição esta que favorece a não produção de metabólitos ativos (TRAMONTINI, 2021).

Acerca da frequência do uso dos BZD, 74,3% dos usuários utilizaram este fármaco de forma adequada, conforme preconizado pela literatura, ou seja, não ultrapassar de quatro a seis semanas de uso. No entanto, 25,7%, o que totaliza 8 usuários, utilizaram por período maior que 61 dias, chegando o consumo máximo por 210 dias, sendo que destes, quatro passaram a fazer uso intercalado do fármaco após 50º dia, um usuário intercalou após 110º dia e o outro após 180º dia. Esse dado sugere o possível desenvolvimento, por parte dos usuários, de dependência, tolerância e síndrome de abstinência pelo uso de BZD, conforme descrito na literatura, riscos estes quando do uso por período superior a seis semanas (LINDNER, 2017).

Os BZD devem ser utilizados de uma forma racional, tendo em vista que podem produzir diversos efeitos adversos a curto prazo, como efeito rebote nos distúrbios do sono, letargia, sedação e dificuldade em realizar as atividades diárias normalmente. Como sintomas a longo prazo, pode-se citar a perda de atenção, dificuldade de concentração e cognição, crises de abstinência, alterações no comportamento e alucinações, tolerância e dependência medicamentosa (SENRA et al., 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nas informações desse estudo, percebe-se que até mesmo na atenção especializada, a qual é considerada referência diante dos níveis de atenção à saúde, há necessidade de racionalização da prescrição e consequentemente dispensação de benzodiazepínicos. Portanto, toda a equipe multiprofissional de saúde, deve contribuir para a diminuição do uso desses medicamentos, por meio da orientação sobre as consequências do uso prolongado dos mesmos. Sendo assim, conhecer o perfil sociodemográfico dos usuários do CAPS AD III de Palmas/TO contribui para subsidiar o planejamento de intervenções direcionadas a certos grupos e para a elaboração de estratégias visando o aprimoramento e organização do CAPS, além de fomentar novas pesquisas nesse cenário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Samia Moreira et al. Uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development, Piauí,** v. 9, n. 7, p. 1-11, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 02 mar. 2022.

DAMASCENO, Jéssica Martins. **Uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos pela população assistida pela equipe de saúde São José I. 2020.** Dissertação (Gestão do Cuidado em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais.

FARIA, Jamille Sara Silva et al. Benzodiazepínicos: Revendo o uso para o desuso. **Revista de Medicina.** São Paulo, v. 98, n. 7, p. 423-426, dez. 2019.

FRANÇA, Ana Carolina Santana et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas na zona da mata de pernambuco. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 1, p. e25473-e25473, 2022.

LIMA, Adriano Encarnarção et al. Papel do farmacêutico no combate ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 15, p. 1-9, nov. 2021.

LINDNER, PÂMELA MIKHAELY. BENZODIAZEPÍNICOS: UMA REVISÃO QUANTO AOS ASPECTOS FARMACOLÓGICOS, AO RISCO, DEPENDÊNCIA E ABUSO. 2017.

MANTOVANI, Charles Maroly; QUAGLIATO, Fábio Franchi. Uso abusivo de benzodiazepínicos: o processo de desprescrição. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 21, n. 3, p. 147-148, 2019.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 662-670, 2013.

MENDES, Ana Karoline de Almeida et al. Uso de benzodiazepínicos em idosos no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. 1-8, jan. 2022.

MOSFIAK, Marisa Ana; BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CICHOTA, Luiz Carlos. Análise de consumo de benzodiazepínicos em um município do Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva de UEFS**, Feira de Santana, v. 10, n. 1, p. 49-57, 2020.

PAIVA, Sônia Maria Alves de et al. **Perfil dos usuários de um serviço especializado em álcool e outras drogas**. REVISA- Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 10, n. abr./ju 2021, p. 423-431, 202.

PALMAS, **Prefeitura** municipal de. Secretaria municipal de saúde. Remume 2019.

PIRES, Tabline D'Avila Oliveira; PAIVA, Maykon Jhuly Martins. O uso em excesso do clonazepam: atribuições do farmacêutico no uso consciente do medicamento. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 16, p. 1-9, 2021.

RIBEIRO, Marcelo; REZENDE, Elton Pereira. **Síndrome de abstinência na terapia intensiva. Medicina Intensiva Fundamentos e Prática.** 1ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

SANTOS, Maíra Rodrigues et al. Características sobre o uso e abuso de drogas, alterações cognitivas e desempenho ocupacional de usuários assistidos pelo CAPS AD. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e223101018483-e223101018483, 2021.

SENRA, Eduardo Duarte et al. Efeitos colaterais do uso crônico e indiscriminado de Benzodiazepínicos: Uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development,** v. 7, n. 11, p. 1-15, nov. 2021.

SILVA, Brena Kilvia Moura et al. Análise do perfil de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas Analysis of the profile of users assisted in a center for psychosocial care alcohol and other drugs. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 16100-16114, 2021.

SILVA, Eduardo Gomes et al. Uma abordagem ao uso indiscriminado de medicamentos benzodiazepínicos. **Revista científica Faculdade de Educação e Meio Ambiente,** v. 9, n. 1, p. 610-614, jun. 2018.

TEIXEIRA, Joana. Tratamento Farmacológico da Abstinência do Álcool Tratamento Farmacológico da Abstinência do Álcool. **Revista Científica d Ordem dos Médicos**, v. 1, n. 1, p. 1-8, jul. 2021.

TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. Caps AD: A Relevância dos Serviços e as Contribuições da Psicologia. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 15, n. 54, p. 699-712, fev. 2021.

TRAMONTINI, Rodrigo Casagrande. Protocolo para identificação e manejo inicial dos transtornos por uso de álcool em hospitais gerais. 2021.

VIRGENS, Thiago Das et al. Prática Ensino-Serviço: Descontinuação Segura De Benzodiazepínicos No Território Do Vale Do São Francisco. **Revista de Ensino, Ciência e Inovação em Saúde**, v. 3, n. 2, p. 33-38, 2022.

NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DO CAPS AD III ACERCA DE ATENDIMENTOS A ADOLESCENTES DO CENTRO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PALMAS/TO

NARRATIVES OF CAPS AD III PROFESSIONALS ABOUT THE CARE FOR ADOLESCENTS AT THE SOCIO-EDUCATIONAL SERVICE CENTER IN PALMAS/TO

Yngrid D' Lanuse da Silva Santos 1
Vanilson Pereira da Silva 2

Resumo: *O Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) presta atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação e insere a rede de atenção à saúde no acompanhamento desses. Os adolescentes que possuem histórico de uso abusivo de drogas, são encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD III), serviço especializado integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cujo tratamento é ambulatorial e visa a reabilitação psicossocial. Objetivo: Analisar, na perspectiva dos profissionais de saúde, o atendimento aos adolescentes do CASE realizado no CAPS AD III de Palmas no período de 2019 a 2022. Metodologia: Pesquisa qualitativa e descritiva, na qual foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados demonstraram o que vem sendo desenvolvido pelos profissionais, como o serviço se estrutura para receber a demanda, potencialidades do CAPS AD III, dificuldades na oferta dos atendimentos, entre outros achados. A partir do estudo compreendeu-se a visão que os profissionais têm sobre os atendimentos aos adolescentes do CASE. E sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras que contemple o ponto de vista de profissionais e adolescentes do CASE, para maiores esclarecimentos sobre o fenômeno investigado.*

Palavras-chave: *Medidas Socioeducativas. Adolescentes. Drogas. Saúde Mental. CAPS AD III.*

Abstract: *The Socio-Educational Care Center (CASE) provides care for adolescents serving socio-educational internment measures and integrates the healthcare network in monitoring these individuals. Adolescents with a history of drug abuse are referred to the Center for Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD III), a specialized outpatient service integrated into the Psychosocial Care Network (RAPS) focused on psychosocial rehabilitation. Objective: To analyze, from the perspective of healthcare professionals, the care provided to adolescents from CASE at CAPS AD III in Palmas from 2019 to 2022. Methodology: Qualitative and descriptive research, using Bardin's content analysis. Results showed the professionals' activities, how the service is structured to meet demand, the potential of CAPS AD III, difficulties in providing care, among other findings. The study revealed the professionals' views on caring for CASE adolescents. Future research should consider the perspectives of both professionals and adolescents from CASE for further insights into the investigated phenomenon. Keywords: Socio-educational measures. Adolescents. Drugs. Mental health. CAPS AD III.*

Keywords: *Socio-educational Measures. Adolescents. Drugs. Mental Health. CAPS AD III.*

1 Pós-graduada em Saúde mental (FESP-TO) e Bacharel em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Atua em Psicologia Clínica e Psicologia Educacional. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6856527807874335. ORCID: https:// orcid.org/0000-0003-0468-190X. E-mail: dlanuseyngrid03@gmail.com

2 Mestre em Ciência da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins, Esp. em Terapias Cognitivas pela faculdade de Itaguá e Psicologia Org. e do Trabalho pela faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Marabá e graduação em Psicologia (Centro Universitário Unirg). É docente na faculdade Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Lattes: http://lattes.cnpq.br/1217676685125991. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6108-0452. E-mail: vanilsonpsi@gmail.com

Introdução

A Reforma psiquiátrica no Brasil se deu a partir da insatisfação percebida por profissionais da saúde mental, em relação aos tratamentos desumanos com as pessoas em sofrimento mental. Estes eram trancafiados em manicômios, substituídos posteriormente por Hospitais psiquiátricos, reproduzindo a lógica da exclusão social a todos aqueles que não se enquadravam nos padrões de normalidade. A Política de saúde mental foi estruturada após a instituição do Sistema único de saúde (SUS). E o processo de desinstitucionalização desses indivíduos ocorreu progressivamente a partir de inúmeras Conferências, leis e movimentos sociais, como as lutas antimanicomiais, na qual reuniu diversos atores, como: trabalhadores do SUS, a sociedade civil e políticos (CFP, 2013).

Com os avanços da Reforma surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem por objetivo o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, passando do modelo manicomial ou hospitalocêntrico para o Modelo assistencial aberto e comunitário. A portaria n° 130/ 2012 define o CAPS AD III como um ponto da rede de atenção especializada, destinada a prestar atendimento integral e continuado a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Ressalta-se que ao atender crianças ou adolescentes a unidade deve se adequar ao que está previsto no Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) que destaca a importância da Proteção social e garantia de direitos (Ministério da Saúde, CFP, 2002, 2012, 2013).

O uso de drogas na adolescência, segundo Silva *et al.* (2014) está associado a alguns fatores de risco, como: baixas condições socioeconômicas, falta de acesso à educação, falta de suporte familiar e social, exposição a cenas de uso, entre outros. Ressalta-se também que esses adolescentes ficam vulneráveis a outros agravos como ser vítima de violência, práticas de relações sexuais desprotegidas e envolvimento com a justiça.

O cometimento de atos infracionais ocorre como possíveis meios de sustentação do uso abusivo de drogas. Em muitos casos a abordagem da segurança e justiça precede a abordagem da saúde, quando encaminhados para atendimento no(s) CAPS AD III e/ou CAPS i. Assim sendo o primeiro acesso dos adolescentes com tal demanda, acaba sendo unidades do sistema socioeducativo como o Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) (Silva *et al.,* 2014).

O Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) foi regulamentado segundo diretrizes da Constituição Federal (1988), do Estatuto da criança e do adolescente Lei n°. 8069/1990 e a Lei n° 12.594/ 2012 que institui o Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE), cujo objetivo é o de cumprir medidas socioeducativas de internação a adolescentes que tenham cometido ato infracional. Segundo o ECA a internação é a medida privativa de liberdade, e ao ser instituída deve obedecer aos princípios de brevidade, excepcionalidade e o de respeito a pessoa em desenvolvimento (Rangel; Brandão; Barros, 2020).

A aplicação de medidas socioeducativas assume o caráter de responsabilização e desaprovação dos adolescentes em relação ao ato infracional, ao mesmo tempo em que oportuniza a ressocialização deles por meio da valorização pessoal, social e familiar e da integração e interação entre eles, fortalecendo o caráter pedagógico. No município de Palmas o CASE tem infraestrutura para receber 42 adolescentes que são acompanhados por uma equipe multiprofissional, sendo ofertados atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, atividades pedagógicas e de geração de renda (Rangel; Brandão; Barros, 2020).

De acordo com Almeida e Oliveira (2016) é comum adolescentes em cumprimento de MSE fazerem uso de drogas ilícitas antes da medida de internação. E isso reflete a importância da articulação com outras políticas públicas que venham a oferecer acompanhamento adequado. Diante do exposto, a pesquisa buscou trazer respostas sobre a compreensão dos servidores do CAPS AD III de Palmas- TO, acerca da oferta de atendimento para adolescentes do Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE). E tem-se como objetivos analisar, na perspectiva dos profissionais de saúde, o atendimento aos adolescentes do CASE realizado no CAPS AD III de Palmas no período de 2019 a 2022. Mapear as atividades que os servidores desenvolvem investigar de que forma são tomadas as decisões na oferta dos atendimentos, apresentar a percepção dos servidores acerca de como ocorre a comunicação e participação do judiciário no acompanhamento dos adolescentes do CASE e demonstrar como percebem a participação da família no acompanhamento desses adolescentes.

Metodologia

O presente estudo trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, sendo descritiva quanto aos objetivos. Este foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa (FESP/ TO), de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). O parecer foi favorável, cujo número de inscrição foi: CAAE: 595055522.9.0000.9187 e após aprovação selecionou-se a amostra.

A amostra foi intencional e foi entrevistado o coordenador do CAPS AD III, bem como servidores da equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e uma técnica de enfermagem) que tenham atendido ou estavam atendendo adolescentes do CASE, totalizando em média doze (12) servidores.

O local para coleta de dados se deu em uma sala privativa no CAPS AD III, onde ocorrem as reuniões da equipe multiprofissional. Os dados foram coletados nos meses de agosto, setembro e outubro do ano de 2022. O primeiro encontro presencial foi realizado após ter entrado em contato com o coordenador do CAPS AD III por meio de telefone celular, utilizando o aplicativo *Whatsapp*, para combinar visita institucional. Este encontro teve o objetivo de explicar a proposta da pesquisa e solicitar autorização da realização das entrevistas. Finalizou-se o primeiro encontro combinando retorno para explicitar a proposta a equipe multiprofissional.

O segundo encontro presencial ocorreu em uma quarta-feira, período matutino, no dia de reunião da equipe multiprofissional e na ocasião foi explicitado sobre os objetivos e propostas da pesquisa aos servidores. Foi repassado um caderno para que aqueles que tivessem interesse em participar anotassem nome e telefone. Após essa etapa entrou-se em contato com os participantes de forma individual por meio do aplicativo *Whatsapp* para marcar dia e horário das entrevistas. Ressalta-se que para aqueles que não estavam presentes no dia da reunião de equipe, foi realizado contato verbal, na medida em que eram encontrados no serviço e quando estes concordavam anotava-se contato telefônico para posteriormente realizar entrevista.

No dia de cada entrevista era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE e colhido a assinatura do participante, sendo que era entregue uma cópia do termo assinado por ambos (pesquisadora e o participante) ao participante e uma cópia assinada, ficava com a pesquisadora. Ressalta-se que o TCLE se configura como documento para resguardar os participantes eticamente de danos físicos, morais, psicológicos e sociais. Somente um(a) participante recusou-se participar da pesquisa, por motivos desconhecidos.

A entrevista ocorreu de forma presencial e individual, em sala privativa e no dia de cada entrevista foi utilizado um aplicativo de gravador de áudio do celular. Também utilizou-se um caderno para anotações de informações como dados pessoais (nome, idade, profissão, sexo e tempo de atuação no CAPS AD III), bem como de informações pertinentes. As entrevistas tiveram duração de 20 a 30 minutos em média e não houve intercorrências em nenhuma delas.

As gravações foram utilizadas somente para fins da pesquisa e a identificação do participante foi mantida em sigilo através de identificações por numeração (Sujeito 1, sujeito 2, sujeito 3...). Os áudios não foram compartilhados com terceiros e nem divulgados em meios públicos, sendo excluídos após utilização, garantindo assim confidencialidade, a privacidade, a proteção de imagem e a não estigmatização do participante. Ao final de cada entrevista foi realizada a transcrição para documento em *Word* e analisadas utilizando-se o *Excel*.

O processamento dos dados foi feito através da análise de conteúdo de Bardin, definida como um conjunto de técnicas que tem por objetivo analisar as comunicações visando a interpretação destas. Esta utiliza procedimentos sistemáticos, tais como, a classificação por unidades de conteúdo para chegar a variáveis inferenciais, ou seja, ao conhecimento acerca de produção e recepção da mensagem. As entrevistas foram analisadas tendo por base o objeto- atendimento de adolescentes do Case, sendo este a unidade de registro que foi observada de forma contextualizada. O norte para realização da análise se deu a partir da observação e delimitação da frequência de frases, ou seja, itens de sentido, dentro de cada unidade de codificação (Bardin, 1977).

Resultados e Discussão

A amostra foi composta de 12 servidores do CAPS AD III, com idade variando de 26 anos a 55 anos de idade, sendo cinco homens e sete mulheres. Em relação à escolaridade, 91% dos(as) entrevistados(a) relataram possuir pós-graduação, sendo 18% destes na modalidade Stricto sensu; somente um(a) entrevistado(a) ainda está em fase de conclusão do ensino superior. As profissões variaram entre: enfermagem, técnico em enfermagem, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional e psicologia. O tempo de atuação em serviço menor foi de 22 dias e o maior foi de oito anos.

Seguindo-se as etapas da análise de conteúdo de Bardin, chegou-se às categorias analíticas e aos conteúdos expressados pelos participantes acerca da temática da pesquisa. No total houve nove categorias analíticas. Ressalta-se que todas as categorias vão de encontro à proposta de alcançar o objetivo geral e os específicos.

Categoria 1 - primeiro acesso dos adolescentes ao CAPS AD III e percepção dos servidores sobre a demanda

Alguns conteúdos que surgiram foram de que o CASE realiza uma triagem com os adolescentes que possuem histórico de SPA e estes são encaminhados para serem acompanhados no CAPS AD III, cabe ressaltar que a busca pelo serviço não é manifestada pelos adolescentes. Também referem que eles são trazidos como forma de redução do processo penal, conforme podemos observar nos discursos abaixo:

"Eles estão sendo trazidas por obrigação, né, por uma triagem feita na instituição, não é um desejo dele..." (Sujeito 6).

"Muitos desses pacientes vem fazendo o tratamento com a gente para reduzir a pena" (Sujeito 1).

Em uma pesquisa, na qual buscou-se analisar as demandas de saúde mental de adolescentes de uma unidade de internação do Rio de Janeiro, sobre o ponto de vista de profissionais da saúde mental que atuam no sistema socioeducativo, foi identificado que esses adolescentes quase nunca acessaram os profissionais de saúde mental de forma espontânea e que na maioria das vezes o fluxo para esses profissionais tinham a intermediação de agentes institucionais que encaminharam o adolescente, segundo seus entendimentos e relações hierárquicas de poder. Tal situação demonstra a precarização da autonomia destes sujeitos em relação ao seu tratamento, assim como uma possível fragilização do vínculo com os profissionais de Saúde Mental (Ribeiro; Ribeiro; Deslandes, 2019).

Os profissionais da presente pesquisa evidenciam em seu discurso que o encaminhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa se dá baseado no modelo de olhar correcional da justiça, na qual este frequenta o serviço para redução de pena, demonstrando assim um bom comportamento. Esse olhar é herdado de modelos antigos e anteriores ao ECA, na qual, com o advento do código de Menores (1927) o adolescente que cometia ato infracional deveria ser vigiado, bem como deveriam ter intervenções de prevenção e controle da delinquência. O acesso de adolescentes em cumprimento de MSE a rede de Atenção Psicossocial e aos serviços do CAPS AD III é de extrema importância, no entanto quando este serviço se transforma em uma extensão da segurança punitivista e/ou correcional, perde sua identidade enquanto local de acolhimento, tratamento em liberdade e promotor de reabilitação psicossocial (Bastos; Reis, 2017).

Outro conteúdo que emergiu refere que os adolescentes do CASE acessam o serviço devido facilidade em conseguir medicação e atendimento com Médico especializado em psiquiatria, em detrimento de outros pontos da rede.

"Vêm muito para o CAPS AD III pela facilidade que tem de conseguir atendimento em relação ao CAPS II né... vem aqui mais pra consultar com médico" (Sujeito 4).

"É como se o interesse deles aqui na instituição é só a medicação e quando eles precisam

medicaliza aquele jovem que lá estão" ... (Sujeito 5).

Os profissionais entrevistados atribuem que o encaminhamento de adolescentes institucionalizados na CASE para atendimento no CAPS AD III se dá na perspectiva do olhar biomédico em detrimento das premissas da reforma psiquiátrica, dado o direcionamento para atendimento médico e busca de medicamentos. Segundo Soares et. al. (2017) enquanto a psiquiatria tradicional tem foco na doença e na relação paciente com o médico, os modelos substitutivos, baseados na reforma psiquiátrica e preconizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) buscam trabalhar a pessoa em sua integralidade.

Com isso, segundo Soares *et al.* (2017), os modelos substitutivos, abrangem a relação desse sujeito com outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, médicos, entre outros, dando atenção também aqueles em condições de sofrimento como os familiares. Ressalta-se ainda que o ato de medicar o sofrimento psíquico, como ansiedade, insônia e angústias, sem o olhar para as vulnerabilidades sociais que influenciam nesse sofrimento, levam a psiquiatria a se transformar em um dispositivo de controle, retrocedendo a lógica manicomial e fazendo com que o usuário perca sua autonomia e voz (Ribeiro; Ribeiro; Deslandes, 2018).

Categoria 2 - apesar do histórico de uso de SPA, os adolescentes referem sofrimento psíquico como queixa principal

Quando indagados sobre a relação do adolescente com o uso de SPA, alguns profissionais entrevistados mencionaram que eles possuem histórico de uso de SPA, mas que não possuem senso crítico chegam abstinentes da droga e trazem queixas, em sua maioria, relacionadas à ansiedade, insônia e comportamentos suicidas.

"Os pacientes que procuram o CAPS AD III apesar de ter histórico de uso de substâncias, as queixas deles não são diretamente relacionados ao uso, eles não têm essa crítica em relação ao uso, as queixas principal é insônia, a queixa principal é insônia e ansiedade, na maioria das vezes, os adolescentes não refere o uso de substâncias, a não ser quando, o agente do CASE ou o agente do CASE informa, ou a gente questiona, a maioria tenta minimiza o uso, e não associa o uso de substâncias ao prejuízo que eles têm" (Sujeito 7).

"então teoricamente eles não estão fazendo uso de substâncias, não estão fazendo uso de álcool e outras drogas... eles trazem mais demanda relacionada ao sono, a ansiedade" (Sujeito 5).

"Essas questões de ideação, intento suicida, planejamento, execução né, frustrada, por questões que ele traz também da vida dele" (Sujeito 6).

Os profissionais explicitam que doenças e/ ou problemas psiquiátricos são as principais queixas trazidas pelos adolescentes, ainda que estes possuam históricos de uso. Dessa forma, não reconhecer o uso da substância como prejudicial demonstra que eles se encontram na fase pré-contemplativa, definida por Oliveira (2005) como a fase em que o adolescente não percebe nenhum problema relacionado ao uso de SPA e não está motivado para a mudança. Tal fator demonstra a necessidade da realização de trabalhos psicoeducativos voltados à promoção da sensibilização quanto a mudanças de hábitos e comportamentos.

O envolvimento com o uso da substância nessa fase da vida é muito comum como forma de aliviar estresse, angústias e ansiedades, sendo, portanto, recompensados pelo alívio do sofrimento. Tais hábitos podem levar a quadros de dependência ou abuso da substância psicoativa. Em pesquisa realizada por Silva, Rodrigues e Gomes (2015) acerca da percepção de adolescentes de uma escola do estado de São Paulo sobre o uso de substâncias, em um grupo focal, foi encontrado que os adolescentes tinham dificuldade de tratar sobre tais assuntos, por vezes se esquivando, ou respondendo de forma generalizada de senso comum acerca dos malefícios de SPA. Tais achados levam a hipóteses de que os adolescentes do CASE ao não trazer como enfoque principal o uso de drogas pode estar associado a benefícios enxergados por eles sobre o uso de SPA.

Ressalta-se ainda que estudos evidenciaram correlações positivas entre cometimento de atos infracionais e a saúde mental dos adolescentes. Encontrando que delitos menores e

moderados estavam associados a sofrimentos internalizantes com humor depressivo, ansiedade e sintomas fisiológicos e cognitivos. Ressalta-se ainda que alguns fatores de risco associados a queixas psiquiátricas estão relacionados a histórico de traumas na infância e/ou situações adversas nessa fase da vida (Costa *et al*., 2021).

Categoria 3 - os recursos e/ou estratégias disponíveis no CAPS AD III na oferta de atendimentos

Em relação aos recursos foi expresso que o CAPS AD III pode ofertar atividades terapêuticas para além de consulta médica e dispensação de medicação, tais como: grupos, atendimentos com profissionais da equipe multiprofissional, psicoterapia e oficinas.

> A lógica de CAPS, não é pra ser atendimento individual, não é pra medicar o adolescente, não é pra somente ofertar consulta médica, o serviço de CAPS é muito mais amplo que isso, sabe!, é apostar em outros atendimentos terapêuticos, grupos, oficinas é, de escutas, de acolhimento...(Sujeito 5).

Outro elemento importante se trata dos recursos humanos, expresso na fala abaixo:

"A gente tem uma boa equipe multiprofissional, uma equipe esforçada..., temos os residentes, temos os profissionais bolsista Palmas para todos, eu vejo a equipe como uma equipe compromissada" (Sujeito 3).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2022), em normativa para reorientação da prática nos Centros de Atenção Psicossocial, refere que estes são instituições com intuito de acolher pessoas em situações de sofrimento psíquico, tendo como objetivo principal estimular a prática da reabilitação psicossocial e integração familiar. Enfatiza ainda a autonomia dos usuários e o cuidado em equipe multiprofissional. Por meio de inserções em grupos, oficinas e demais atividades, foge da lógica do enfoque em questões clínicas e aspectos sintomáticos. Enfatiza ainda a importância do território como forma de integração concreta dos indivíduos em espaços sociais do cotidiano.

Com o advento da valorização de outras profissões, bem como princípios do SUS, sobretudo da integralidade do cuidado, surge a necessidade de se trabalhar de forma multiprofissional. E a equipe ao se mostrar disponível, prestando atendimento qualificado permite a formação de vínculo entre usuário, o profissional e o serviço. E com isso fomenta intervenções eficazes, respeitando a singularidade de cada indivíduo e de sua família (CFP, 2022).

Outros recursos existentes trazidos foram da possibilidade de ofertar matriciamento e capacitações para a equipe do CASE, conforme exposto abaixo:

> Sim a gente tem, além de matriciar também, no sentido de promover orientações, capacitações né, ou até uma roda de conversa com os próprio agentes, o educador social, que conduzem eles né, isso é uma coisa que eu acho que é muito importante, a gente tem essa disponibilidade (Sujeito 11).

De acordo com Santos, Cunha e Cerqueira (2020) o matriciamento é uma ferramenta que permite a troca de informações e de saberes com o intuito de desenvolver estratégias de intervenções intersetoriais, responsabilizando os atores envolvidos e fortalecendo com isso o trabalho em equipe e interdisciplinar. Ressalta-se ainda que a promoção de capacitações são ferramentas que permitem a troca de experiências, de sentimentos provenientes da prática, além de ser um espaço de acolhimento e tirar dúvidas. Enfatizando a importância das capacitações associarem a teoria com a prática para que se tenham formações de qualidade, uma vez que a promoção de competências técnicas vai além do repasse de informações (Oliveira; Silva; Souza; Souza; Galassi, 2018).

Também emergiu a fala da possibilidade de reorganização do serviço para a oferta de atendimento a esses adolescentes, reservando um período para esses atendimentos.

> ... "eu acho que é possível você pegar uma tarde e reservar

> para atendimento desses adolescentes sabe, de não ter nenhum grupo com usuários externos, de ter um grupo com eles" ... (Sujeito 8).

Esses achados corroboram com Bastos e Reis (2017) em pesquisa realizada que buscou analisar as demandas em saúde mental de adolescentes que cumpriam MSE, bem como as práticas dos serviços que lhes acompanhavam. Um dos resultados apontados foi o de que o adolescente que foi atendido em um CAPS AD de Osasco- SP não circulava ou frequentava espaços que pudessem ter contato com outros usuários. Assim sendo era ofertado para ele um grupo que não tivesse adultos incluídos. Estando de acordo com as legislações instituídas pelo RAPS de separação por faixa etária e de exclusividade de atendimento, ao se tratar de adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e necessidade decorrente do uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas, assim como a portaria que redefine o CAPS do tipo III (Portaria n° 13/2012).

Categoria 4 - atividades que vêm sendo desenvolvidas com os adolescentes do CASE no período de 2019 a 2022

Emergiu como fala que já houve grupo para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meados de 2019, bem como para os familiares desses adolescentes.

> Foi em 2019, naquela época a gente fazia um grupo com os familiares dos adolescentes, então tinha o grupo com adolescentes, que era conduzido por dois residentes né, e eu conduzia o grupo de familiares desses adolescentes junto com outra residente que estava comigo,... o grupo ele era mais assim educativo nesse sentido de eles entenderem os prejuízos que eles poderiam ter fazendo uso né... (Sujeito 8).

Ressaltou ainda que se tinha devolutivas positivas dos participantes, em relação aos grupos, e que o grupo tinha muita potencialidade, por promover espaços de escuta e psicoeducação aos adolescentes e de reorientação para a família sobre os sintomas do uso de SPA e formas de lidar com o adolescente.

> O feedback era positivo, era um espaço que eles traziam que eles podiam falar sobre o porquê que eles usavam, e para além disso sobre a vida deles,... E o feedback da família era muito positivo, deles entenderam um pouco sobre a substância, sobre como que eles ficavam quando estava sob efeito, sobre transtornos que eles poderia ser causado pelo uso daquela substância, o próprio comportamentos deles em casa né, e como a família deveria se comportar diante deles (Sujeito 8).

Ressalta-se também, segundo alguns profissionais, que houve tentativas de retomar o grupo para os adolescentes do CASE, no entanto não se obteve sucesso.

> E aí ao passar do tempo, acho que já em 2021, ..., a gente chegou a propor um grupo específico pra esses adolescentes do CASE, só que o CASE precisaria garantir a presença né, tipo, precisaria garantir esse, essa locomoção até o CAPS e aí não houve essa contrapartida né (Sujeito 12).

A equipe reconhece a necessidade de superação de modelos biomédicos na oferta de atendimentos, bem como da importância de grupos para o tratamento de adolescentes com histórico de uso abusivo de drogas. De acordo com Alvarez e et. al. (2012) grupos terapêuticos ajudam aliviar sentimentos de isolamento, oportunizam suporte emocional, compartilhamento de experiências, orientações, bem como melhora da autoestima e autoconfiança dos participantes.

Vale destacar também que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes

Revista Humanidades e Inovação - ISSN 2358-8322 - Palmas - TO - v.10, n.20

em Conflito com a Lei (PNAISARI) aponta que os atendimentos em saúde mental para adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa de internação, devem priorizar atendimentos grupais, ao invés de atendimentos individuais. Uma vez que atividades grupais, na qual se separa os adolescentes por faixa etária, promovem o senso de pertencimento a uma coletividade, bem como um maior alcance dos objetivos em saúde e do fortalecimento de uma rede de proteção social (Fonseca, 2022).

Destaca-se ainda que a importância de se ter grupos com familiares dentro de CAPS AD está relacionada, de acordo com Alves *et al*. (2015) à possibilidade desses obterem informações sobre o tratamento, psicoeducação sobre a droga e suas consequências, se sentirem importantes nesse processo, desenvolvendo neles a capacidade de promoção de autonomia nos adolescentes.

Foi apresentado durante entrevista que o CAPS AD III atualmente vem oferecendo atendimentos de caráter individual, como: acolhimento inicial, busca ativa, consulta com médico, atendimento farmacêutico e atendimentos com a equipe multiprofissional.

"Geralmente o que eles fazem é o atendimento individual, acolhimento inicial, e atendimento médico e farmácia, gira mais em torno disso" (Sujeito 1).

O sofrimento psíquico de adolescentes em cumprimento de medida de internação, tem relação com contextos difíceis de vida, como privações, violência, conflitos familiares, entre outros. Assim sendo, ofertar somente medicalização, sem o suporte de atendimento com profissionais especializados da equipe multiprofissional, priva esses adolescentes de superação de suas dificuldades e ressignificação de suas vidas (Costa, Buoso, Romano, Bazon, 2021).

No entanto, segundo Soares et. al. (2017) cabe ressaltar que somente a oferta de atendimentos na esfera clínica e ambulatorial, dentro do CAPS sem o contato de adolescentes em medida de internação com o território, precariza a oportunidade da reabilitação psicossocial. A lógica de funcionamento de CAPS tem base territorial e o contato com este promove o desenvolvimento de recursos e potencialidades ao usuário, a mera inclusão de adolescente no CAPS sem acesso aos serviços de rede comunitária e atenção psicossocial, não promovem um cuidado integral em saúde mental.

Categoria 5 - forma como são tomadas as decisões para ofertar atendimentos

Quando perguntados sobre a forma como as decisões são tomadas, houve participantes que pontuaram que partem do acompanhamento aos adolescentes feito pelos Técnicos de referência. Assim a depender do endereço em que o participante se encontra é designado um profissional que será seu técnico de referência e que irá acompanhá-lo dentro do serviço.

> De acordo com o técnico de referência que tá atendendo ele, ele observa a história dele, o histórico dele, para desencadear, ofertar na verdade, quais são as atividades que vão se enquadrar na melhor situação do paciente, na redução de danos ou na abstenção da substância que ele faz o uso (Sujeito 1).

Já outros participantes mencionaram que se usam as reuniões de equipe no momento de discussão dos casos para a tomada de decisão em conjunto.

> Em equipe, em reuniões de equipe, é! todas as decisões que a gente toma aqui, são decisões discutidas é!, debatidas é!, a gente pensa em possibilidades, a gente pensa nos empecilhos também, ..., é, ter esse espaço democrático de decisões, de voz e voto e de pensar coletivamente (Sujeito 5).

De acordo com Bernardi e Kanan (2015) as reuniões de equipe fomentam um espaço de

diálogo e democracia. Estas devem ocorrer com frequência, na qual são oportunizados conversar sobre a reorganização burocrática do serviço, bem como discussões de caso. Para a Política Nacional de Humanização reuniões de equipe não deveriam servir somente para dividir tarefas, é importante que se coloque em prática planejamentos referentes ao cuidado com o usuário, por meio de troca de saberes.

Categoria 6 - a fragilidade na interlocução com o Judiciário no acompanhamento dos adolescentes

Segundo alguns servidores houve tentativas de articulação do cuidado e aproximação entre os serviços, mas ainda existe fragilidade principalmente na contrarreferência. Desse modo não possuem acesso às demandas judiciais e a comunicação entre CASE e CAPS AD III é fragilizada e desarticulada.

"A gente não tem acesso a essas questões judiciais, a gente fica sabendo mais pela conversa com o próprio adolescente" (Sujeito 11).

> Em alguns momentos a gente conseguiu fazer essa comunicação com o serviço, é!, uma parte da equipe chegou a fazer, a participar de uma reunião lá no CAPS né, uma parte da equipe do CASE, é!, tentando estabelecer mesmo esse diálogo né, pra um conhecer o serviço do outro, entender como funciona, é! ..., mas é!, ainda assim não era o suficiente porque faltava muito, por exemplo, é! a comunicação, a contrarreferência né digamos assim, do CASE pra com o CAPS no sentido de dizer como que o adolescente tava ou por exemplo quando o adolescente que tinha sido admitido no CAPS saia do CASE, ... (Sujeito 12).

Destaca-se a importância de tentativas de aproximação e articulação do cuidado intersetorial, entre dispositivos de saúde mental e equipamentos de segurança. Exemplificado na fala acima exposta quando a equipe do CASE foi até o CAPS AD III e participou de uma reunião para planejamento do cuidado em conjunto. Bastos e Reis (2017) trazem que os espaços de reuniões que envolvem profissionais de diferentes pontos da rede oportunizam discussões de caso, diálogo e o cuidado em conjunto, no entanto apontam sua efetivação na rotina da unidade como uma dificuldade, uma vez que perdura a lógica de que gastar tempo nessas reuniões levam a prejudicar outras atividades que demandam também atenção.

Categoria 7 - a ausência da participação da família nos atendimentos aos adolescentes

Surgiu como fala que não há contato com a família, estes não participam dos atendimentos com os adolescentes e não são acompanhados pelo serviço do CAPS AD III;

"Não, família não acompanha, família não tem acesso, não existe acompanhamento da família" (Sujeito 6).

Os servidores em sua maioria apontaram a ausência da família nesse acompanhamento aos adolescentes. Barreiras como vínculos fragilizados, morar em outros municípios, negligência familiar ou ausência de contato com a família devido medida de internação do adolescente, entre outros, podem estar relacionados a tal ausência. Fonseca (2022) traz em sua pesquisa que os familiares são elementos importantes de suporte, apoio e engajamento dos adolescentes usuários de álcool e/ou outras no tratamento. No entanto, é muito comum que ocorra pressões e atos punitivos, principalmente para que os adolescentes cessem o uso da substância e esses fatores levam a baixa adesão de adolescentes nos serviços de saúde mental.

Categoria 8 - principais obstáculos encontrados no acompanhamento aos adolescentes do CASE

Quanto aos obstáculos encontrados nos atendimentos com adolescentes do CASE alguns servidores pontuaram sobre a forma como eles são conduzidos para o serviço, bem como sobre as ações dos agentes que acompanham os adolescentes até o CAPS AD III.

"O único problema que a gente vê, ele vem acompanhado de um batalhão e de certa forma isso intimida né, distância é! discrimina, e isso dificulta" (Sujeito 6).

> Às vezes o agente queria participar do atendimento, ..., participar do atendimento no sentido de permanecer dentro da sala né, e aí é! eu explicava pra ele né que não podia pela questão do sigilo e tudo mais [...] A questão da algema, porque eles já chegam algemados no serviço e já causa um certo estranhamento assim, com outros usuários que já estão ali (Sujeito 10).

A literatura, segundo Bastos e Reis (2017) aponta que profissionais que trabalham em unidades de MSE, muitas vezes, são vistos como o apoio do judiciário, em uma atitude vigilante sobre os adolescentes. Sendo que qualquer deslize destes, acabam sendo denunciados ao Juíz. Ao se ter tal atitude, o cuidado com a saúde dos adolescentes fica em segundo plano. E a visão desses como suspeitos de fuga, tira o foco para a oferta de cuidado integral e em rede.

Ressalta-se ainda que a falta de educação permanente aos profissionais de saúde para atender esse público se mostrou como um obstáculo que impede um atendimento de forma qualificada.

"Falta pra nós um conhecimento, sobre como que se configura uma medida socioeducativa, como atender um adolescente nessa ocasião" (Sujeito 10).

"Muitos profissionais têm medo, conversam o mínimo necessário, fazem o mínimo necessário, já vem carregado de preconceito.... diminui a qualidade do atendimento prestado" (Sujeito 3).

Em pesquisa semelhante, realizada por Fonseca (2022), foi evidenciado que de três profissionais de saúde de um CAPS AD de Barcarena/ PA, apenas um tinha preparação para atender adolescentes. Ainda que estes reconhecessem que o acolhimento se dava de forma diferenciada, devido ao reconhecimento do adolescente ser um sujeito em desenvolvimento, a pouca capacitação para abordar esse público, pode levar a baixa qualidade do atendimento prestado.

Segundo Campos, Sena e Silva (2017) processos de educação permanente são prática de valorização de vivências, experiências, com foco no processo de trabalho, de forma que ocorram propostas de reorientações educacionais e de novas aprendizagens. Estas possibilitam a transformação do olhar preconceituoso/estigmatizante e difundido por crenças sociais, que se tem sobre usuários de álcool e outras drogas, bem como sobre adolescentes que cometeram ato infracional, melhorando o atendimento prestado a essa população.

Por fim, emergiu como discurso a baixa adesão dos adolescentes ao PTS devido à falta de recursos humanos do CASE, bem como baixo interesse manifesto desse público em realizar tratamento:

> Existe uma dificuldade deles virem ao CAPS, do transporte, deles trazerem, os menores para cumprirem o PTS, ..., então as maiores dificuldades que eu vejo estão nisso daí, eles não tem carro suficiente para a demanda que eles precisam, não têm efetivos e servidores para trazer (Sujeito 1).

Em uma pesquisa realizada por Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2018), na qual foram entrevistados servidores que compunham a equipe de saúde mental de uma unidade de internação do socioeducativo do Rio Janeiro, encontraram-se algumas dificuldades relacionadas ao acesso dos adolescentes em cumprimento de MSE a rede de atenção psicossocial. Foi demonstrado que a falta de transporte suficiente é uma das principais dificuldades para acessar a rede psicossocial. Estes

referem ainda que a locomoção é prioritariamente para transferir os adolescentes às audiências, evidenciando que as demandas relacionadas à saúde mental e o acesso à rede ficavam em planos secundários.

Outro fator está relacionado ao baixo quantitativo de agentes socioeducativos, para acompanhar os adolescentes. As legislações preveem que essas saídas, para acessar outros pontos da rede, precisam ser monitoradas, no entanto, a baixa quantidade de profissionais se torna uma barreira de acesso desses adolescentes à Rede de Atenção Psicossocial (Ribeiro; Ribeiro; Deslandes, 2018).

A pesquisa de Oliveira *et al*. (2018) buscou descrever a percepção de servidores de uma unidade do Socioeducativo do Distrito Federal, trouxe que referente ao tópico de condições de trabalho este foi destacado como muito ruim ficando em primeiro lugar a indisponibilidade de carro para serviços externo (43,4%), seguido de falta de materiais para a realização de atividades com os adolescentes (42,5%) e, por fim, o quantitativo de profissionais no sistema (38,2%).Tais achados demonstram que se faz necessário maiores investimentos, a nível governamental, em políticas públicas para a população de adolescentes em cumprimento de MSE, para que estes possam ter acesso ao cuidado em saúde de forma integral, conforme princípio do SUS.

Outra problemática levantada evidenciou a percepção dos adolescentes sobre o serviço. Conforme explicitado abaixo:

"A própria percepção de, dos adolescentes, de ser algo que faz sentido pra eles né, algo que eles realmente queiram assim... porque o parar mesmo ou diminuir não era muito da vontade deles, então eu acho que tudo isso interferia na adesão deles" (Sujeito 8).

Foi realizado um estudo que buscou investigar os motivos que levam adolescentes a não permanecerem em tratamento no CAPS, estes chegaram à conclusão que um dos fatores está relacionado a não integração com outras redes no território. Uma vez que isso dificulta o senso de pertencimento na comunidade, causando nesses adolescentes, que se encontra em medida de internação, desmotivação para dar continuidade a seu tratamento (Soares; Oliveira; Leite; Nascimento, 2017).

Ressalta-se também que a correlação entre uso abusivo de substância psicoativa e cometimento de ato infracional já foi evidenciado em diversos estudos nacionais e internacionais. Somado a isso, Andretta, Limberger e Oliveira (2015) trazem que há muitas taxas de abandono de tratamento, devido principalmente ao fato que os adolescentes chegam para tratamento encaminhado da escola, com os familiares ou pelo o sistema de justiça, inferindo-se com isso que há baixa procura por tratamento de forma espontânea, ou seja, os adolescentes podem não ver como necessidade a realização de tratamento para uso abusivo de Substâncias Psicoativas.

Categoria 9 - propostas de melhorias aos atendimentos com os adolescentes do CASE

Algumas das propostas elencadas trazem a possibilidade de promover psicoeducação com a equipe do CASE, fortalecer o diálogo e aproximação entre as instituições com objetivo de construir estratégias de cuidado em conjunto.

"Traçar planos de cuidado em conjunto, porque eles têm atendimentos lá também né, mas acho que a comunicação é bem fragilizada nesse sentido, traz pronto pro atendimento, acabou, não tem muita conversa" (Sujeito 8).

"Aí você precisa fazer uma psicoeducação com o, os agentes, que é o educador social né, [...] porque eles não têm a concepção de saúde mental [...] por estar numa Secretaria de Justiça né, de Cidadania e Justiça que é a questão de mais judicial, policial né, nessa vertente" (Sujeito 11).

Segundo Nascimento (2020), pacientes que usam drogas recebem expectativas diversas, a depender do espaço em que se encontram. Dessa forma o olhar da sociedade poderá ser diferente do olhar que se tem dentro do CAPS AD III, que também pode ser diferente do olhar que a justiça tem sobre o uso de drogas. Nessa perspectiva o alinhamento de pensamentos voltado ao cuidado em saúde mental é fundamental para que seja colocado em prática o cuidado em conjunto entre CAPS AD III e CASE.

De acordo com Oliveira *et al*. (2018) em pesquisa que buscou demonstrar os recursos materiais e humanos, bem como existências de capacitações em uma unidade de internação do Distrito Federal, encontrou-se que todos os funcionários haviam passado por capacitações para atendimento aos adolescentes com histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas. No entanto, apesar desse resultado quase todos os funcionários não se sentiam capacitados para intervir nesse aspecto. Ressalta-se ainda, que achados da literatura demonstram que outras unidades de internação no Brasil possuem condições precárias de materiais, bem como de recursos humanos, e esses fatores influenciam diretamente na atuação profissional e na qualidade do atendimento prestado. Portanto, ainda que o diálogo interinstitucional e a realização de capacitações sejam fundamentais para traçar estratégias de cuidado em conjunto e melhorar a oferta de atendimento, se faz necessários também investimentos em nível de governo estadual e municipal que fomentem recursos e políticas que fortaleçam e garantam a execução destas ações na prática.

Ressalta-se que também surgiram propostas de melhorar a oferta de atendimentos dentro do CASE, dispondo de equipes multiprofissionais ou contratando profissionais não vinculados a instituição, conforme explicitado abaixo:

"O que seria melhor pros adolescentes era o próprio CASE dispor de uma equipe completa com assistente social, com psicólogo, com é! Terapeuta ocupacional, com psiquiatra, eu acho que seria a melhor solução" (Sujeito 7).

"Sou favorável que se faça uma política lá, entende? Que se trabalhe por lá, mas que isso teria que ser do Estado, não do município e teria que se ter uma equipe só para fazer isso, esse tipo de intervenção lá... o sistema vindo de lá pra cá não funciona... (Sujeito 6).

Esses achados corroboram com Ribeiro, Ribeiro e Deslandes (2018), ao ressaltar que o Ministério da Saúde, responsável por regulamentar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) prevê a existência de equipes de saúde mental, com psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, entre outros, dentro das unidades de internação. Estes devem desenvolver ações de prevenção, escuta qualificada, em atendimentos individuais e grupais com os adolescentes e familiares, além de promover articulação com a rede de saúde mental. A política reforça ainda que os atendimentos de saúde desses adolescentes deveriam ocorrer prioritariamente nas unidades básicas de saúde do território e que deveriam ter profissionais da saúde mental nas unidades básicas, complementando o quadro da equipe multiprofissional, para articularem o cuidado com a equipe de saúde mental da unidade de internação.

Outros estudos trazem ainda estratégias macro, tais como utilizar os pontos da rede conforme seus fluxos, e investir em dispositivos para acompanhar os adolescentes, tais como o CAPS i:

"[...] um aprofundamento da articulação com a rede em espaços mais adequados de cuidado né, para adolescentes né, ... o ideal é que existisse por exemplo já o CAPS pra adolescente o CAPS i, mas como a gente não tem, é! Deveria ter outros espaços né, de, pra que ele pudesse ter uma melhor assistência no sentido dessa ressocialização né e desse cuidado de saúde também" (Sujeito 9).

A insipiência de serviços destinados a atender adolescentes com histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas no município de Palmas, traz consequências de curto e longo prazo não só ao usuário, mas a família e também a sociedade civil. Nessa perspectiva o usuário pouco ou quase nunca alcança os objetivos de reabilitação psicossocial, prevenção de uso de drogas e aumento de qualidade de vida. Destaca-se, de acordo com Bernardi e Kanan (2015) que a inclusão de forma tardia da saúde mental infantojuvenil na agenda política, está relacionada a diversos fatores como: a variedade de problemas e de doenças nessa população, a complexidade envolvida na avaliação e diagnóstico, falta de estudos sistematizados sobre consequências de transtornos na infância e na adolescência em longo prazo, poucas evidências de eficácia e efetividade de intervenções nessa faixa etária, bem como a dificuldade de incluir tal temática na pauta de saúde pública.

Segundo Bernardi e Kanan (2015) para que se fortaleçam os fatores protetivos e alcance a saúde integral de adolescentes em cumprimento de MSE se faz necessários trabalhos de articulação em rede intersetorial. Portanto, é imprescindível maiores mobilizações de investimentos em equipamentos e melhoramento dos já existentes, para que seja efetivado o que foi preconizado pela Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento

Socioeducativo- SINASE, na qual os Planos de Atendimento Socioeducativo devem envolver ações articulados entre a saúde, educação, assistência social, esporte, entre outros (Bastos; Reis, 2017).

Considerações Finais

A presente pesquisa trouxe apontamentos importantes que permitiram compreender a visão de profissionais do CAPS AD III sobre os atendimentos a adolescentes que cumprem medidas socioeducativas no CASE situado no município de Palmas/TO, entre os anos de 2019 a 2022. O esclarecimento acerca de potencialidades e barreiras na oferta dos atendimentos, permitirão uma reorganização dos fluxos de acesso aos serviços, bem como lançar mão de estratégias que garantam a efetivação dos direitos desses, conforme o ECA.

O estudo tem como avanço o esclarecimento acerca da comunicação entre a rede de segurança pública, garantia de direitos e a saúde, bem como foi observado a existência de potencialidades que permitiriam um atendimento de modo integral e equânime aos adolescentes em cumprimento de MSE. Entretanto é válido ressaltar a existência de barreiras que dificultam tais objetivos, por envolver questões a nível macro, como ausência de políticas públicas suficientes, recursos humanos e materiais, entre outros.

Ressalta-se que a pesquisa não traz esclarecimentos do ponto de vista dos servidores do CASE e dos adolescentes, acerca dos atendimentos que são realizados no CAPS AD III; nesse ponto, sugerem-se pesquisas futuras que busquem investigar os pontos de vista desses atores, a fim de que se tenha maior clareza sobre o fenômeno investigado.

Referências

ALMEIDA, C. R.; OLIVEIRA, A. G. Q. Case de Palmas: a efetividade da medida socioeducativa de internação em face da reiteração infracional dos adolescentes em conflito com a lei nos anos de 2009 a 2013. **Revista Vertentes do Direito,** v. 3, n. 2, p. 43-74, 2016.

ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; OLIVEIRA, A. N.; XAVIER, D. M. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 102-108, 2012.

ANDRETTA, I. S.; OLIVEIRA. M.; LIMBERGER, J. Abandono de tratamento de adolescentes com uso abusivo de substâncias que cometeram ato infracional. **Aletheia Revista de Psicologia**, n. 43-44, ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.

BASTOS, I. T. **Narrativas profissionais em saúde mental presentes em casos de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas (MSE).** 2017. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n° 336/2002.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 130/ 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012.

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1105-1116, 2015.

CAMPOS, K. F. C; SENA, R. R; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para atuação de Psicólogos no CAPS-Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, R. C. S; BUOSO, F. P; ROMANO, T. V. M; BAZON, M. R. Contribuições da literatura internacional para o cuidado em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Desidades: Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Infancia y la Juventud**, n. 29, p. 100-116, 2021.

FONSECA, C. L. A. **Percepção de profissionais do CAPS-AD sobre o atendimento a socioeducandos.** 2022. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Garantia dos Direitos e Política de Cuidados à Criança e ao Adolescente). Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, Brasília, 2022..

NASCIMENTO, T. M. **O sujeito que usa droga e a judicialização do "tratamento" em Caps AD.** 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

OLIVEIRA, M. da S. Avaliação e intervenção breve em adolescentes usuários de drogas. **Rev. bras. ter. Cogn.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 69-74, un. 2005.

OLIVEIRA, T. M. ; SILVA, M. N. R. M. O. ; SOUZA, D. K. P. ; SOUZA, F. V. L. ; GALLASI, A. D. Autopercepção dos profissionais do sistema socioeducativo do Distrito Federal/Brasil a partir de um processo de formação sobre drogas e direitos humanos. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 4, p. 1-15, 2018.

RANGEL, E. S. R; BRANDÃO, M.M; BARROS. Projeto Art's CASE. *In*: CAMPEIZ, A. F *et. al.* (orgs). **Coletâneas da socioeducação:** Vozes do Tocantins. p. 11-16, Palmas: Secretaria de Estado da Cidadania e Justiça, 2020.

RIBEIRO, D. S.; RIBEIRO, F. M. L.; DESLANDES, S. F. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, 2018.

RIBEIRO, D. S.; RIBEIRO, F. M. L.; DESLANDES, S. F. Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3837-3846, 2019.

SANTOS, A. M; CUNHA, A. L. A; CERQUEIRA, P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

SILVA, C. C.; COSTA, M. C, O.; CARVALHO, R. C.; AMARAL, M. T. R.; CRUZ, N. L. A.; SILVA, M. R.Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 737-745, 2014.

SILVA, M. T. .; COELHO, L. A. M.; OLIVEIRA, D. S. Saúde Mental fora das (CAPS) ulas: relato de experiência de ações de redução de danos com adolescentes assistidos por um CAPSad III e por unidades socioeducativas. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 2, n. 10, p. 111-139, 2021.

SOARES, R. H.; OLIVEIRA, M. A. F.; LEITE, K. C. NASCIMENTO, G. C. G. Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 21, p. 123-131, 2016.

Recebido em 21 de setembro de 2023.
Aceito em 30 de outubro de 2023.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

V.X, n.X, janeiro/2024 – *DOI: HYPERLINK "http://dx.doi.org/*10.20873/XXXXXXX
Revista Desafios – v. 02, n. 1, 2023

OS PRIMEIROS RELATOS DE PACIENTES COM IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PALMAS, TOCANTINS: O QUE É POSSÍVEL IDENTIFICAR?

THE FIRST REPORT OF PATIENTS WITH SUICIDE IDEAS AND ATTEMPTS ATTENDED AT A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN PALMAS, TOCANTINS: WHAT IS POSSIBLE TO IDENTIFY?

EL PRIMER INFORME DE PACIENTES CON IDEAS E INTENTOS SUICIDIOS ATENIDOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN PALMAS, TOCANTINS: ¿QUÉ ES POSIBLE IDENTIFICAR?

Alderina Costa de Sousa

Assistente Social. Especializada em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Fundação Escola de Saúde Pública.E-mail:alderinacosta7@gmail.com|https://orcid.org/0000-0001-8439 2563account_circle

Jonatha Rospide Nunes

Mestre em Psicologia. Tutor Gestor de Aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Plano Integrado de Residências em Saúde do Município de Palmas/TO. E-mail: jonatharopsidenunes2015@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9793-1551

Fernanda Corrêa Aires Santos

Enfermeira. Cursando residência multiprofissional em saúde mental pela Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) / Palmas-TO.E-mail: fernandaires1@gmail.com | https://orcid.org/0009-0004-1643-7511

Natália Matos Pereira

Psicóloga. Especializada em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Fundação Escola de Saúde Pública. E-mail:nataliampe@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-8439 2563account_circle

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

Como citar este artigo: DE SOUSA, C. A.; NUNES, R. J; OS PRIMEIROS RELATOS DE PACIENTES COM IDEAÇÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PALMAS, TOCANTINS: O QUE É POSSÍVEL IDENTIFICAR? **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2024. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo identificar o contexto e as dimensões biopsicossociais relacionadas a ideação e tentativa de suicídio em pacientes que realizaram o primeiro atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de Palmas, Tocantins. Trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva e de abordagem quanti qualitativa. O objeto deste estudo foram os registros do primeiro atendimento, contidos na "ficha de acolhimento" do serviço, com queixa de ideação e/ou tentativa de suicídio no ano de 2022. Com a análise dos registros, verificou-se que em sua maioria, se tratam de pessoas do sexo feminino, com idade entre 18 e 28 anos, com escolaridade entre ensino médio completo e superior incompleto. Observou-se a presença de histórico de sofrimento mental na família, e as categorias que mais se repetiram foram: ansiedade, ideação e tentativas de suicídio, choro, conflitos familiares e violência no ambiente familiar. Neste estudo pode-se observar que a ideação e a tentativa de suicídio ocorreram em pessoas mais jovens do que o relatado em outros estudos. Conclui-se que os fatores genéticos e as relações sociofamiliares têm relação direta com o sofrimento mental e o desejo de autoextermínio.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Ideação Suicida. Transtornos Mentais.

ABSTRACT: This work aims to identify the context and biopsychosocial dimensions related to suicide ideation and attempts in patients who received their first care at a Psychosocial Care Center (CAPS), in the city of Palmas, Tocantins. This is documentary, retrospective research with a quantitative and qualitative approach. The object of this study were the records of the first service, contained in the service's "reception form", with complaints of suicidal ideation and/or attempt in the year 2022. With the analysis of the records, we found that the majority of these were of female people, aged between 18 and 28 years, with education between complete secondary education and incomplete higher education. We observed the presence of a history of mental suffering in the family, and the categories that were most repeated were: anxiety, suicide ideation and attempts, crying, family conflicts and violence in the family environment. In this study, it was observed that suicide ideation and attempts occurred in younger people than reported in other studies. We conclude that genetic factors and socio-family relationships have a direct relationship with mental suffering and the desire for self-extermination.

KEYWORDS: Mental health. Suicidal Ideation. Mental Disorders.

RESUMEN *Este trabajo tiene como objetivo identificar el contexto y las dimensiones biopsicosociales relacionadas con la ideación y los intentos de suicidio en pacientes que recibieron su primera atención en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), en la ciudad de Palmas, Tocantins. Se trata de una investigación documental, retrospectiva, con enfoque cuantitativo y cualitativo. El objeto de este estudio fueron los registros del primer servicio, contenidos en la "ficha de recepción" del servicio, con denuncias de ideación y/o intento suicida en el año 2022. Con el análisis de los registros se encontró que la mayoría de estos fueron de personas del sexo femenino, con edades comprendidas entre 18 y 28 años, con escolaridad entre secundaria completa y superior incompleta. Se observó la presencia de antecedentes de sufrimiento mental en la familia, y las categorías que más se repitieron fueron: ansiedad, ideas e intentos de suicidio, llanto, conflictos familiares y violencia en el ambiente familiar. En este estudio, se observó que las ideas y los intentos de suicidio ocurrieron en personas más jóvenes de lo informado en otros estudios. Concluimos que los factores genéticos y las relaciones sociofamiliares tienen relación directa con el sufrimiento mental y el deseo de autoexterminación.*

Palabras clave: Salud mental. Ideación suicida Trastornos mentales.

INTRODUÇÃO

O suicídio segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se configura como um grave problema de saúde pública. No mundo, cerca de 703.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos (WHO, 2019). No mesmo ano desta publicação da OMS, o Brasil registrou 13.523 mortes por suicídio (BRASIL, 2021). Na cidade de Palmas, Tocantins, no ano de 2022, o Boletim Epidemiológico, que versa sobre o cenário das violências em Palmas, Tocantins, apontou 451 notificações de casos de violência autoprovocada, que corresponde a ideação suicida, automutilação, tentativas de suicídio e suicídio (PALMAS, 2023).

A ideação suicida é compreendida como pensamento ou ideia de morte, podendo evoluir para o planejamento, que compreende como o momento da escolha do método ou meio para tirar a própria vida (OLIVEIRA *et al* 2018).

Conforme a WHO, 2019 o suicídio se apresenta como um fenômeno complexo, reúne interferências multicausais, como a biológica, psicológica, social, ambiental, cultural, entre outras. Estudos evidenciam o suicídio como um fenômeno que ocorre de forma não aleatória na vida em sociedade, ele expressa várias nuances intrínsecas às relações humanas. Tal qual foi observado por Karl Marx ao considerar que "embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramo-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e políticos". (MARX, 2006, p. 24).

Nesse sentido, corrobora-se com a ponderação feita por Kantorski *et al* (2021) de que o suicídio não deve ser generalizado para corresponder, de forma simplista, problemas sociais e tristezas da vida, como o divórcio, o desemprego, o falecimento de pessoas queridas, entre outros. Sabe-se que o suicídio vem sendo cometido em diversos grupos sociais, sendo eles sofredores ou não, de algum transtorno mental.

Trata-se de uma problemática de saúde pública, que desafia as diversas áreas do conhecimento a desvendá-la e respondê-la em tempo oportuno. Vê-se, como de fundamental importância, um olhar profissional afinado com as determinações sociais da saúde, a fim de responder de forma mais assertiva a pessoa que procura ajuda nos serviços de saúde por tentativa de suicídio, bem como não reduzir a ideação e as tentativas de suicídio a acontecimentos simplistas da vida, conforme bem ressaltado por Kantorski *et al* (2021).

E trazendo para o campo das profissões e seus respectivos objetos de intervenção profissional, em particular, a do serviço social, o suicídio se expressa como uma produção social na sociedade capitalista, sendo apreendido pela profissão como uma expressão da questão social.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

Segundo Iamamoto e Carvalho (2011), as expressões da questão social são reconhecidas a partir das manifestações no cotidiano da vida social, originadas das contradições entre o proletariado e a burguesia, que passam a ser reconhecidas a partir do momento em que a classe trabalhadora, de forma organizada, passa exigir outros tipos de intervenções, além da caridade e da repressão.

O que significa dizer que as expressões da questão social, no nosso tempo presente, não são concebidas somente no contexto da pauperização da classe trabalhadora, mas sim, de todos os impactos negativos gerados no modo de sociabilidade burguesa. Albuquerque e Matos (2020), em um estudo sobre produção social do suicídio e "questão social" consideram que:

> O óbito por suicídio, como um fenômeno determinado socialmente e conformado pelas múltiplas expressões da "questão social", só há de ser enfrentado, de fato, uma vez estabelecida a democracia, acompanhada dos direitos sociais e da melhoria do bem-estar da população. (ALBUQUERQUE; MATOS; p. 234. 2020).

No tocante às implicações do processo saúde versos doença Silva e Silva (2013) consideram que: "a própria problemática da saúde e doença, ora é fruto direto da acumulação capitalista, ora é condicionada por ela" (p. 56). Seguindo esta mesma linha de compreensão Mendes e Donatos (2003), consideram que o processo saúde e doença se constituem como uma expressão de um fenômeno coletivo, e este não mais entendido como todo homogêneo "[...] os indivíduos vivem, adoecem e morrem diferentemente segundo sua inserção nas classes e frações de classes sociais (p. 42)"

Através da literatura, denota-se que a problemática do suicídio emerge de um contexto complexo, em contrapartida, os serviços de saúde pública, a cada dia, vêm sendo desafiados a intervir nas situações de sofrimento mental, entre elas está o suicídio.

Por se tratar de uma problemática de saúde pública complexa, carece de conhecimentos alicerçados em múltiplos olhares do conhecimento científico, em busca do desvendamento das causas que podem estar contribuindo com o suicídio no Brasil e no Mundo. Nesse sentido, as pesquisas de âmbito mundial, nacional, estadual, municipal e locais se mostram como ferramentas potentes para se buscar descortinar as causas do suicídio.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou identificar o contexto e as dimensões biopsicossociais, que emergem a ideação e a tentativa de suicídio de pacientes, no primeiro atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Palmas, Tocantins.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo documental, retrospectivo e de abordagem quanti qualitativa. A fonte documental foram os documentos preenchidos no primeiro atendimento do ano de 2022 do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de modalidade II, no município de Palmas, Tocantins. Ressalta-se que a oferta de atendimento especializado em saúde mental, na referida instituição, é direcionada à pessoas acima de 18 anos com transtornos mentais severos e/ou persistentes.

Segundo Lakatos e Marconi (2004), a pesquisa documental é realizada com coleta de dados de fontes primárias, com documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos, arquivos particulares de instituições e domicílios, e de fontes estatísticas.

Para Minayo (2016), a pesquisa qualitativa se preocupa com as questões sociais, em especial, com o universo dos significados, crenças, valores, opiniões, correspondendo a um espaço mais profundo das relações.

Para Knechtel (2014), às pesquisas de abordagem quanti-qualitativa buscam interpretar as informações quantitativas por meio de símbolos numéricos e os dados de natureza qualitativa são interpretados mediante a observação, a interação participativa e a interpretação do discurso dos sujeitos pesquisados.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas (CAPP), responsável pela emissão do Termo de Anuência para realização de pesquisa no Sistema Único de Saúde do município de Palmas, Tocantins, que obteve aprovação com o número 196 e contou ainda com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), com número de parecer consubstanciado: 6.245.995. Ambas as comissões estão vinculadas à Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) de Palmas, Tocantins. Foi utilizado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), conforme a Resolução Nacional número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro do ano de 2023. Os dados foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016). Segundo a autora, a organização da análise se dá em torno de três polos cronológicos: pré análise, exploração do material; inferência e interpretação. Os dados foram organizados e analisados por temáticas.

Na pré análise foi feita a leitura dos documentos, tendo como critérios de inclusão os aspectos a seguir: sexo, idade, escolaridade, trabalho, histórico de transtorno mental na família, queixas de adoecimento, acontecimentos importantes de vida, o histórico das condições de vida, a identificação do profissional responsável pelo

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

primeiro atendimento e a escrita legível. Estes dados foram preenchidos nas fichas de acolhimento do serviço no período de janeiro a dezembro de 2022.

Na primeira leitura, foram pré-selecionados 99 documentos que poderiam ser incluídos neste estudo e, após uma leitura minuciosa e afinada com os critérios de inclusão, foram incluídos somente 28 documentos. Sendo assim, foram excluídos 71,7% dos documentos, o motivo da exclusão foi o não preenchimento de, pelo menos, um dos itens incluídos nos critérios de inclusão.

A transcrição dos registros foi organizada em uma planilha no software Microsoft Excel 2016 para realização da análise. Conforme a Resolução Nacional 466/12, cada documento foi codificado em (D) e mais um número, que se seguiu de 1 a 28, conforme o quantitativo de documentos incluídos e analisados neste estudo.

Na fase de exploração do material, os itens referentes às queixas de adoecimento, acontecimentos importantes de vida e o histórico das condições de vida, foram organizados e analisados por temáticas. Que primeiramente, foi usada a técnica da codificação das informações registradas e atribuição de códigos nos registros mais relevantes. Em seguida, foi realizada a categorização e o agrupamento dos códigos em categorias, para identificação de padrões e interpretação dos dados com a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 28 documentos dos quais 75% são do sexo feminino e 25% são do sexo masculino. Os dados convergem com o estudo realizado por Kantorski *et al* (2021) sobre a prevalência de ideação e tentativas de suicídio, no estudo, a prevalência foi de 53,1% entre mulheres e 39,6% entre homens. Em outro estudo realizado por Oliveira *et al* (2018), sobre fatores de riscos e ideação suicida, a mulher também se sobressaiu com 63,3% e o homem com 36,7%. Seguindo essa mesma sintonia de resultados, o estudo feito por Aguiar *et al* (2022) apontou que 71% das tentativas de suicídio foram entre indivíduos do sexo feminino.

Ainda sobre a variável sexo, no ano de 2022, o Boletim de Epidemiológico, que versa sobre o cenário das violências em Palmas, Tocantins foram notificados 451 casos de violência autoprovocada e dessas notificações 320 foram referentes a pessoas do sexo feminino. Que corresponde a 70,9% de mulheres que cometeram violência autoprovocada. Conforme os resultados, pode se observar que as pessoas do sexo feminino estão mais suscetíveis a ideação e a tentativa de suicídio.

Referente à idade, foi verificado nos registros uma prevalência maior das pessoas no primeiro atendimento no CAPS II de Palmas, Tocantins entre idades de 18 – 28 anos, com 53,6% e de 29 – 39 anos; com 21,4%, conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Idade

Idade	Total	Porcentagem
18 – 28 anos	15	53,60%
29 – 39 anos	6	21,40%
40 – 50 anos	5	17,90%
Mais de 50 anos	2	7,10%

Fonte: Própria pesquisadora, 2023

No estudo feito por Kantorski *et al* (2021) mostrou prevalência de 60,3% entre pessoas com idade entre 41e 50 anos, para ideação suicida e 41,3% para tentativas de suicídio. Já no estudo feito por Oliveira *et al* (2018) as idades que mais se sobressaíram foram entre 30 e 59 anos com 57,5% para tentativa de suicídio com ideação suicida. E no estudo feito por Alves; Silva e Vedana (2020) as idades foram entre 18 e 50 anos. O estudo que mais convergiu com a presente pesquisa foi o realizado por Dos Santos Júnior *et al* (2019), onde foi identificado que 50, 1% tinham entre 15 e 29 anos.

Conforme pode ser observado, as pessoas que procuraram atendimento no CAPS II de Palmas, Tocantins, no ano de 2022 e incluídos neste estudo, são bem mais jovens que as dos estudos citados. Considerando que grande parte dos documentos analisados não atenderam a todos os critérios de inclusão da presente pesquisa, não foi possível mapear as possibilidades pelas quais os dados no tocante a faixa etária divergem de estudos em outras cidades brasileiras.

Chama-se atenção para necessidade de se incluir nos documentos de atendimento do referido serviço, em especial a ficha de acolhimento (objeto deste estudo), um item que propicie a identificação não só das tentativas e ideações de suicídio, mas das vezes que a pessoa tenha tentado suicídio, esse registro pode auxiliar na atenção dessas pessoas de forma mais assertiva.

Em relação ao nível de escolaridade registrado nos documentos, 35,7% tinham ensino médio completo, 25% tinham o ensino superior incompleto e 21,4% tinham o ensino fundamental incompleto, conforme pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 – Nível de escolaridade

REVISTA DESAFIOS

Nível de escolaridade	Etapa	Total	Porcentagem
Ensino fundamental	Completo	1	3,50%
	Incompleto	6	21,40%
Ensino médio	Completo	10	35,70%
	Incompleto	1	3,50%
Ensino Superior	Completo	3	10,70%
	Incompleto	7	25%

Fonte: Própria pesquisadora, 2023

Em outras pesquisas, foi observado convergência com os dados verificados neste estudo. Kantorski *et al* (2021) no item grau de escolaridade de seu estudo foi verificado 57,1% para ideações suicidas tinham entre 5 à 8 anos de estudo, e 35,7% para tentativas de suicídio, continham 9 anos de estudou ou mais, 54,7% tiveram ideação suicida e 32,1% tiveram tentativa suicida. Já no estudo feito por Oliveira *et al* (2018) 57,1% apresentaram o ensino fundamental e 16,4% apresentaram o ensino médio.

Referente à ocupação profissional, nos 28 documentos analisados, 28,5% foram registradas atividades profissionais de assistente administrativo, nas funções de atendimento direto ao público, 25% foram registrados que não trabalhavam ou estavam desempregados e 17,9% trabalhavam de auxiliar de serviços gerais, conforme pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 – Ocupação Profissional

Ocupação	Total	Porcentagem
Assistente administrativo/atendimento ao público	8	28,50%
Não trabalha/desempregado	7	25%
Empregado doméstico/faxineiro/babá	5	17,90%
Agente de segurança privada	2	7,10%
Auxiliar de serviços gerais	2	7,10%
Dona de casa	1	3,60%
Técnico de enfermagem	1	3,60%
Árbitro esportivo	1	3,60%
Enfermeiro	1	3,60%

Fonte: Própria pesquisadora, 2023

Os achados da presente pesquisa convergem com o estudo feito por Aguiar *et al* (2022) sobre tentativas de suicídio, onde 57,4% não exerciam atividade remunerada. Os dados apresentados por Borba *et al* (2020), indicam divergência com o estudo de Aguiar *et al* (2022), pois na variável trabalho o estudo apontou que 38,3% das pessoas que tentaram suicídio, estavam trabalhando, 29% estavam afastadas do

trabalho; 18% estavam aposentados por doença; 12,3%. estavam trabalhando e 2,3% estavam aposentadas por tempo de trabalho.

Em relação ao histórico de transtorno e ou sofrimento mental na família, 75% dos registros constavam histórico de transtorno ou sofrimento psíquico na família e 25%, não foi constatado registro de adoecimento mental na família. No estudo feito por Aguiar *et al* (2022) no item histórico familiar de tentativa de suicídio 72,6% não apresentaram histórico e 27,4% apresentaram. Convergindo com os estudos já citados, Borba *et al* (2020) apresenta para a variável histórico familiar com transtorno mental, 62,8% apresentaram histórico e 3,2% não apresentaram.

Conforme pode ser observado, o fator genético vem contribuindo de forma significativa para o suicídio. Logo, ver-se de fundamental importância que os serviços de saúde, em especial, os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) programem de forma integrada ações que atuem na promoção e prevenção do suicídio com ênfase nos fatores de risco. Neste sentido, os autores (CESCON; CAPOZZOLO; LIMA. p. 14. 2018) sobre ampliação da atenção à saúde mental na lógica dos serviços de saúde, consideram que o:

> Idealmente, espaços como esses deveriam ser ampliados para todos os equipamentos de atenção psicossocial e mesmo para toda rede de atenção à saúde; espaços de troca e de deliberação coletiva são essenciais para contrapor o extravasamento da violência sob todas as suas formas, que vem imperando em muitos ambientes e transformando o sofrimento mental agudo em crônico (p. 14, 20118).

Corrobora-se com o entendimento dos autores, de que o enfretamento da temática do suicídio, precisa de atenção de todos os pontos da rede de atenção à saúde e de forma integrada, acredita-se que as ações integradas se mostram potentes para se intervir no sofrimento mental agudo para que ele não se torne crônico e, tendo em vista que a proposta da promoção e da prevenção com foco na manutenção do bem-estar.

Na análise por temática, a primeira categoria surgida foi relacionada às queixas de adoecimento, que foi desdobrada em duas subcategorias, uma se refere às reações psicológicas e a outra em reações físicas/fisiológicas. Os códigos que mais se repetiram na subcategoria reações psicológicas foram a ansiedade com 14 repetições, o pensamento e tentativa suicida com 12 repetições; irritabilidade com 9 repetições; isolamento social e sentimento de culpa repetiram 6 vezes, conforme pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4 - Reações psicológicas

REVISTA DESAFIOS

Reações psicológicas	Repetições
Ansiedade	14
Pensamento e tentativa de suicídio	12
Irritabilidade	9
Isolamento social	8
Sentimento de culpa	6
Desânimo	6
Medo	4
Desconfiança	2
Raiva	1
Estresse	2
Desconfiança	2
Nojo	2
Compulsão alimentar	2
Sobrecarga	2
Pesadelos	1
Alucinação	1
Vontade de sumir	1
Vazio	1
Estresse	2

Fonte: Própria pesquisadora, 2023

No estudo feito por Vasconcelos, Lôbo e Melo Neto (2015), mostrou que pessoas com transtorno de ansiedade generalizada, o risco de suicídio é quatro vezes maior que o da população sem o transtorno de ansiedade. No estudo feito por Da Silva e Marcolan (2021), foi identificado que a maioria tinha diagnóstico de transtorno mental com 65,5% e, os transtornos mentais mais comuns foram os de ansiedade e de depressão.

No estudo feito por Borges *et al* (2018) as categorias referentes às queixas que mais se repetiram foram as de depressão e sintomas depressivos, com 28 repetições; a ansiedade, com 17 repetições; problemas de relacionamento interpessoal e timidez, com 11 repetições; dificuldades de relacionamento amoroso, com 10 repetições, o estresse e a irritabilidade, com 7 repetições e a ideação suicida, com 5 repetições.

Em relação à subcategoria reações física e ou fisiológicas, os códigos que mais se repetiram foi o choro com 14 repetições; prejuízo no sono com 8 repetições; automutilação com 7 repetições e Palpitação com 4 repetições, conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 - Reações físico fisiológicas

Reações físico fisiológicas	Repetições
Choro	14
Prejuízo no sono	8
Automutilação	7

Palpitação	4
Náuseas	3
Mente acelerada	3
Falha na memória	1

Fonte: Própria pesquisadora, 2023

Conforme pode ser observado, são sintomas intimamente ligados à ansiedade. Em um estudo feito por Da Silva e Veronez (2021), as pessoas que relataram ter transtorno de ansiedade, os sintomas mais prevalentes mencionados foram os de imediatismo com 68,66%, melhor dizendo, a necessidade de se resolver as coisas no mesmo momento; taquicardia com 62,69% e sentimentos relacionados a choro, tristeza e angústia com 56,72%. Os pesquisadores identificaram ainda outros sintomas que também se apresentaram, como a preocupação excessiva com 40,45%, a dispneia com 34,33% e a precordialgia em aperto com 31,34%.

Vasconcelos Lôbo e Melo Neto (2015), observaram o risco de suicídio em 54,8% em pessoas com transtorno de ansiedade generalizada. O contexto chama atenção sobre a necessidade de se implementar práticas de cuidado em saúde com foco na ansiedade nos pontos de atenção à saúde, em especial, nos pontos da RAPS.

A segunda categoria está relacionada com os acontecimentos importantes e a história das condições de vida, emergidos no processo de adoecimento. Através do processo da codificação, foi construído 5 subcategorias, as subcategorias que mais se repetiram foram as de conflitos familiares com 20 repetições; violência (física, sexual e psicológica), com 20 repetições; separação dos pais, com 9 repetições e o luto, com 7 repetições, conforme pode ser observado na tabela 6.

Tabela 6 – Acontecimentos importante e história das condições de vida

Subcategorias	**Repetições**
Conflitos familiares	20
Violência (física, psicológica, sexual)	20
Separação dos pais	9
Luto	7
Fim de relacionamento amoroso	4

Fonte: Própria pesquisadora, 2023

No estudo feito por Alves; Silva e Vedana (2020) 72% referiram insatisfação com a própria vida, com o apoio recebido das pessoas que conviviam. E no estudo feito

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

por Borges *et al* (2018) a categoria referente a problemas de relacionamento com familiares, se repetiu 25 vezes, a categoria sobre dificuldades de relacionamento amoroso, teve 10 repetições e a categoria referente a situações relacionadas à experiência com o luto, apresentou 9 repetições.

No estudo feito por Teixeira *et al* (2019), foi observado que as tentativas de suicídio ocorrem devido às dificuldades de relacionamento, violência, ausência de afetos, de apoio familiar e dificuldades de dialogar. Em outro estudo feito por Da Silva e Marcolan (2021), foi identificado que as relações familiares se apresentaram como fator de risco ao comportamento suicida, esse fator de risco se deve a comportamentos violentos, sendo as violências física e psicológica, "foram citadas como situações enraizadas no ambiente familiar, de modo que o conflito dominava as relações familiares" (p.5). Os pesquisadores identificaram ainda que a desavença familiar com separação dos membros se mostrou como geradora de sensações de não pertencimento e, consequentemente, sentimentos negativos.

Cabe considerar que a família ao longo do processo civilizatório, vem passando por mudanças significativas, na contemporaneidade, o elemento afetivo e protetivo são considerados como basilares para os núcleos familiares no processo de socialização de seus membros, Azevedo (2020), na discussão que versa sobre família, ressalta:

> A característica fundamental da família passa a ser o afeto. Desse modo, pouco importa a "espécie" ou "tipo" de família na qual o indivíduo está inserido, o que deve ser levado em consideração é o seu fundamento, que deve ser a plena realização do ser humano, a fim de concretizar o bem-estar de seus membros. (AZEVEDO, 2020, p. 23).

No estudo feito por Kantorski *et al* (2021), foram feitas observações acerca da associação de ideação e tentativa de suicídio com a violência, os pesquisadores observaram que, dos usuários que apresentaram ideação suicida 62,7% deles haviam passado por algum tipo de violência e, naqueles que já tinham tido tentativas de suicídio, a prevalência de violência foi de 52,4%. As violências que os pesquisadores referiram foram no contexto familiar e comunitário. Dentre as interferências emergidas nos documentos analisados chama-se atenção para a categoria violência no âmbito intrafamiliar, como uma expressão da questão social expressada da dinâmica familiar. Em relação ao contexto de violência, Silva (2017) na discussão que versa sobre as reificações de "questão social" e as armadilhas do capital em tempos de crise estrutural pondera que há um "aumento descomunal de violência".

Nos achados deste estudo e na literatura foi identificado que a dinâmica familiar vem contribuindo no desencadeamento da ideação e tentativas de suicídio e,

principalmente, quando há no contexto familiar situações de violência e suas tipificações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente pesquisa pode se observar que o perfil das pessoas atendidas no CAPS II no ano de 2022, que referiram ideação e tentativa de suicídio são mais jovens que em outros referenciados aqui. A maioria, foram pessoas do sexo feminino, que possuíam ensino médio completo, trabalhavam em funções administrativas, de atendimentos direto ao público, referiram histórico de sofrimento ou transtorno mental na família. A variável que mais se sobressaiu neste estudo foi idade, acredita-se que esta variável pode estar ligada a dinâmica familiar e aos desafios de se consolidar no mercado de trabalho.

Já referente à análise por temática, as variáveis que mais se destacaram foram as de ansiedade, pensamento e tentativa de suicídio, choro, prejuízo no sono, conflitos familiares e as violências: física, psicológica, sexual e separação dos pais. Acredita-se que estas variáveis podem sofrer interferências aos fatores sociais, no tocante aos contextos e dinâmicas de vida em sociedade e dos arranjos familiares.

Para a redução dos fatores de risco no tocante ao suicídio recomenda-se o desenvolvimento de ações de forma intersetorial, acredita-se que somente os serviços de saúde não darão conta de responder satisfatoriamente tal problemática a nível local, regional, nacional e mundial.

Observa-se que o suicídio tem sua complexidade, vem se manifestando em contexto de sofrimento mental seja ele originado de causas psicológicas ou sociais, contexto que vem favorecendo um ambiente propício para se implementar ações na busca pelo enfrentamento da ausência do sentido da vida e a morte como forma de alívio do sofrimento mental. E para isso, vê-se de forma imprevisível a qualificação das práticas de cuidado em todos os pontos da RAPS de Palmas, Tocantins.

Cabe considerar ainda que durante o processo de coleta de dados houve uma perda de 72% dos documentos, os motivos foram o não preenchimento adequado dos itens que compõem os critérios de inclusão da presente pesquisa, a perda documental pode ter promovido interferência na modulação dos dados referentes ao perfil do público pesquisado, isso reforça a necessidade de se implementar a qualificação para o uso adequado dos instrumentos utilizados no serviço de acolhimento.

Por fim, cabe ressaltar que o presente estudo, abordou a temática do suicídio de forma local, e que não se teve a pretensão de esgotar a problemática, mas sim de chamar

atenção de que este fenômeno precisa ser problematizado nas diversas áreas do conhecimento, e que no decurso deste estudo, pode se observar que sua expressão por mais que aconteça no âmbito particular de cada pessoa, ele também expressa o modo vida das pessoas enquanto seres sociais. Portanto, recomenda-se novos estudos que versam sobre a temática afim de confirmar e ou de refutar as considerações feitas através desta pesquisa.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a "Fonte Criadora" nos seus dois planos de expressão da vida. O apoio financeiro recebido da FESP através do Programa Municipal de Bolsa de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho (PET Palmas).

Ao meu pai e à minha mãe. A minha mãe afetiva Eneida Iara de Campos. Agradeço a minhas amigas Natália Matos Pereira e a Fernanda Corrêa Aires pela amizade.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, R. A., RIFFEL, R. T., ACRANI, G. O., & LINDEMANN, I. L. (2022). **Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 71, 133-140.

ALVES, A. C., SILVA, A. C., e VEDANA, K. G. G. (2020). A experiência da tentativa de suicídio na perspectiva de adultos. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), 16(4), 49-57.

AZEREDO, C. T. D. (2020). **O conceito de família: origem e evolução. Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM).**

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo /** Laurence Bardin: Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: Edição 70. 2016.

BORBA, L. D. O., FERREIRA, A. C. Z., CAPISTRANO, F. C., KALINKE, L. P., MAFTUM, M. A., & MAFTUM, G. J. (2020). **Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental.** REME rev. min. enferm, e-1284.

BORGES, C. D., GLIDDEN, R. F. BISEWSKI., B., CORRÊA, C. F. Z., & TOMASELLI, E. C. (2018). **Caracterização de queixas e perfil de usuários atendidos em um serviço-escola de psicologia.** *Revista Sul Americana de Psicologia*, *6*(2), 185-219.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

CESCON, L.; CAPOZZOLO, A. A.; LIMA, L. C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 185-200, 2018.

DA SILVA, D. A., & MARCOLAN, J. F. (2021). **O impacto das relações familiares no comportamento suicida.** *Research, Society and Development*, *10*(2), e17310212349-e17310212349.

DA SILVA, I. B. L., & VERONEZ, F. D. S. (2021). **Estratégias da Atenção Básica sobre os casos de Transtorno de Ansiedade em adultos e idosos.** *Brazilian Journal of Health Review*, *4*(2), 8020-8029.

DOS SANTOS JÚNIOR, C. J. SANTOS, I. V., DOS SANTOS SILVA, J. V., DE MELO GOMES, V., & RIBEIR, M. C. (2019). **Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um Hospital Geral de Emergências do estado de Alagoas**, Brasil. *Medicina (Ribeirao Preto)*, *52*(3), 223-230.

DE OLIVEIRAA, M. I. V., FILHO B, J. G. B., FEITOSAC, R. F. G., & SOUZA D, J. E. P. (2020). **Fatores de risco e ideação suicida em pessoas com tentativa de suicídio**, Fortaleza, Ceará, Brasil.

IAMAMOTO & CARVALHO, M. V., R. D. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboços de uma interpretação histórica – metodológica. 21 Ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru.: CELATS, 2011.

KANTORSKI, L. P., GUEDES, A. D. C., RAMOS, C. I., TREICHEL, C. A. D. S., PORTELA, D. L, WILLRICH, J. Q. & SANTOS, V. B. D. (2021). **Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção psicossocial.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 42.

KNECHTEL, M. R. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, p. 106, 2014.

MARCONI, M. A e LAKATOS, EV (2004). **Metodologia científica. São Paulo: Editora Atlas**.

MARX, K. (2006). **Sobre o Suicídio [1881-1883].** Tradução de Rubens Enderle & Francisco Fontanella.

MENDES, R., & DONATO, A. F. (2003). **Território: espaço social de construção de identidades e de políticas**. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, *4*(1).

MINAYO, M. C. D. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. (Serie Manuais Acadêmicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Volume 52. Nº 33. Set. 2021. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D, Edifício PO700, 7º andar CEP: 70.719-040 – Brasília/DF E-mail: svs@saude.gov.br.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**BOLETIM EPIDEMIOLOGICO: CENARIO DAS VIOLÊNCIAS EM PALMAS- TO 2022.** Expediente e Equipe Técnica Caderno Análise da Situação de Saúde de Palmas – Tocantins. ISSN: 2763-6852, Volume 3, Número 16. Disponível: Boletim Epidemiológico 2022 (anual) (palmas.to.gov.br)

SILVA, M. L. DA. **Reificações da "questão social": armadilhas do capital em tempos de crise estrutural.** Temporalis, *[S. l.]*, v. 17, n. 34, p. 461–483, 2017.

SOUZA, D. D. O., SILVA, S. E. V. D., & SILVA, N. D. O. (2013). **Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da" questão social".** *Saúde e Sociedade*, *22*, 44-56.

TEIXEIRA, M. T., MACHADO, K. D. F. C., DA SILVA, F. P., DE SIQUEIRA, D. F., HAAG, B. K., MARCHIORI, M. R. C. T., & SOCCOL, K. L. S. (2019). **Tentativa de suicídio e a relação familiar: análise da produção científica.** *Disciplinarum Scientia| Saúde*, *20*(2), 621-635.

VASCONCELOS, J. R. D. O., Lôbo, A. P. D. S., & Melo Neto, V. L. D. (2015). **Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada.** *Jornal brasileiro de psiquiatria*, *64*, 259-265.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021). **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**

Epidemiologia e Serviços de Saúde
RESS | REVISTA DO SUS

ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS NOTIFICAÇÕES DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM PALMAS TOCANTINS: UM ESTUDO DE 2018 A 2022

ANALYSIS OF THE SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF REPORTS OF WORK-RELATED MENTAL DISORDERS IN PALMAS TOCANTINS: A STUDY FROM 2018 TO 2022

Edielton Barbosa Lucio[1] - orcid.org/0000-0003-3170-1216
Darlan Lopes de Farias[2] - orcid.org/0000-0003-2478-8069

[1]Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Palmas, TO, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico das notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho em Palmas, Tocantins. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa com caráter descritivo, transversal, que utilizou dados secundários de domínio público do Sistema Nacional de Agravos Notificação (SINAN), onde foi analisado todas as 27 notificações de casos de transtorno mental relacionados ao trabalho no município de Palmas, Tocantins, no período de 2018 a 2022. **Resultados:** Durante 2018 a 2022 foram registrados 27 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho na cidade de Palmas, Tocantins. Destes, 81% sexo feminino, entre 18-54 anos, 33% com ensino superior completo e pardas com 48,1%. As ocupações da área da saúde representaram 18% dessas notificações, sendo 30% Transtorno de Humor e 44% dos casos notificados apresentaram incapacidade temporária. **Conclusão:** A pesquisa ressalta a urgência de melhorar as condições de trabalho em Palmas, Tocantins, especialmente na área da saúde, devido aos transtornos mentais, a caracterização dos casos é relevante para criar estratégias para ações de controle, ajudando assim a fortalecer a rede de atenção à saúde mental na Saúde do Trabalhador.

Palavras-chave: Saúde Mental, Transtornos Mentais, Saúde do Trabalhador.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic profile of notifications of work-related mental disorders in Palmas, Tocantins. **Methods:** This is a quantitative research with a descriptive, cross-sectional character, which used public domain secondary data from the National Health Notification System (SINAN), where all 27 notifications of cases of mental disorders related to work in the workplace were analyzed. municipality of Palmas, Tocantins, from 2018 to 2022. **Results:** During 2018 to 2022, 27 cases of work-related mental disorders were recorded in the city of Palmas, Tocantins. Of these, 81% are female, between 18-54 years old, 33% have completed higher education and 48.1% are mixed race. Occupations in the health sector represented 18% of these notifications, 30% of which were Mood Disorders and 44% of the reported cases presented temporary disability. **Conclusion:** The research highlights the urgency of improving working conditions in Palmas, Tocantins, especially in the health area, due to mental disorders, the characterization of cases is relevant to create strategies for control actions, thus helping to strengthen the network of attention to mental health in Occupational Health..
Keywords: Mental Health, Mental Disorders, Occupational Health.

INTRODUÇÃO

O trabalho é essencial na vida das pessoas, seja como meio de subsistência ou de valorização social. Mas também, pode ser uma fonte significativa de danos, levando a problemas mentais e físicos quando as condições de trabalho não são adequadas.[1] A evolução histórica do trabalho, antes associado à escravidão e penitência, transformou-se com as revoluções industriais e o sistema capitalista, passou a ser visto como uma ferramenta para assegurar subsistência digna. Atualmente, o modelo de acumulação capitalista, principalmente o flexível, muitas vezes resulta em condições precárias, desigualdades sociais e desafios para a saúde mental dos trabalhadores.[5]

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) impactam a saúde, o bem-estar e a produtividade dos trabalhadores. Conforme o Ministério da Saúde, esses transtornos resultam de contextos laborais propensos a situações como estresse, fadiga crônica, burnout e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). [11] A notificação desses casos ocorre principalmente por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado pela notificação e investigação de doenças listadas como compulsórias, conforme estabelecido na PORTARIA Nº 1.984 de setembro de 2014, que define a lista nacional de doenças a serem monitoradas por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas.[9]

O SINAN é um sistema que opera em todas as esferas governamentais para coletar, gerenciar e analisar dados epidemiológicos. Começando nos municípios, profissionais de saúde registram informações sobre doenças notificáveis, que são então enviadas para secretarias estaduais e, por fim, para o Ministério da Saúde. As Secretarias Municipais enviam dados semanalmente para as Estaduais, seja eletronicamente pelo SINAN ou por fichas, se o sistema não estiver implantado. O SINAN permite o monitoramento dinâmico de eventos de saúde, oferecendo informações acessíveis a profissionais e à comunidade.[6]

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), estabelecida por meio da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, traz a orientação ao desenvolvimento e capacitação da força de trabalho em saúde, dando destaque de suas ações nas equipes de Vigilância em Saúde e na Atenção Básica.[13] Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), municipais, regionais e estaduais são integrantes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, e desempenham um papel central na disseminação do conhecimento sobre as relações entre saúde, doença e trabalho.[13,16]

O CEREST é o principal responsável por qualificar e fornecer suporte técnico e científico às demais unidades e profissionais do SUS. Os CEREST têm a função de investigar, notificar e oferecer respostas aos agravos relacionados ao trabalho em seus territórios, tendo em seu objetivo, proteger a saúde e melhorar as condições laborais. Devem prestar suporte à formação de profissionais do SUS, buscando desenvolver ações integradas com as vigilâncias em saúde, intervindo nos processos de trabalho prejudiciais à saúde humana e ao ambiente.[10]

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

do Trabalho (OIT), no ano de 2022, cerca de 15% dos trabalhadores adultos no mundo vivem com um transtorno mental. Estima-se que 12 bilhões de dias de trabalho sejam perdidos anualmente devido à depressão e à ansiedade, custando à economia global quase um trilhão de dólares.[11] Os TMRT é uma realidade preocupante no Brasil, sendo a terceira maior causa de afastamento do trabalho no país, ficando atrás apenas de afastamentos por lesões e por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.[4] Entre 2006 e 2017, foram registrados no boletim epidemiológico do Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador 8.474 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho em todo o Brasil.[4] Em 2022, o presidente do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) traz os dados que 209.124 mil pessoas foram afastadas do trabalho por transtornos mentais, dados estes apresentados na audiência pública, Comissão de Saúde no requerimento nº 241.[3]

Acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir no desenvolvimento de ações voltadas à saúde mental, especialmente no município de Palmas. Ressalta-se também a relevância, tanto do ponto de vista social quanto econômico, de aprimorar os procedimentos de notificação desses casos à vigilância epidemiológica, reduzir a subnotificação e promover pesquisa nessa área. Também é necessário adotar medidas a respeito do preenchimento da ficha de notificação, devido aos grandes percentuais de informações ignoradas ou deixadas em branco, com criação de protocolos e manuais de preenchimento para que o profissional sempre esteja um apoio para consultar, a necessidade também de haver mais oficinas ministradas pelo CEREST, a fim de qualificar cada vez mais estes profissionais. O estudo objetivou analisar o perfil sociodemográfico das notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho em Palmas, Tocantins.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com dados secundários. Foram analisados 27 casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho notificados no município de Palmas, Tocantins, no período de 2018 a 2022. A capital Palmas tem uma população estimada de 302.692 pessoas, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2022. O banco de dados utilizado no presente estudo foi extraído do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Foram consideradas as seguintes variáveis: Sexo: masculino e feminino; idade: Classificado por faixa etária de 18-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos e 45-54 anos; raça/cor de pele: Ignorados ou deixados em branco, pardo, branca, preta e amarela; escolaridade: Ignorados ou deixados em branco, ensino fundamental incompleto, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo; psicofármacos: informação ignorados ou deixados em branco, casos que fazem o uso e casos que não fazem o uso; diagnóstico específico: os transtornos mentais relacionados ao trabalho notificados no período estudado, dividiram-se em cinco grupos entre ignorados ou deixados em branco, F00 e F99, de acordo com CID-10. Foram eles: Ignorados ou deixados em branco; transtorno de humor (F30-F39); transtornos neuróticos, transtorno relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (F40-F48); transtorno de personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69) e transtorno mental não especificado (F99-F99).

Outras variáveis que foram consideradas: Evolução do caso: informações ignoradas ou deixadas em branco, casos foram notificados como cura, notificações como incapacidade temporária e casos de incapacidade permanente parcial; conduta de afastamento por desgaste: notificações de informações ignoradas ou deixadas em branco, casos que passaram pela conduta de afastamento e casos que não passaram pela conduta de afastamento; Classificação Brasileira de Ocupações–CBO: Foi analisado todas os CBOs das notificações do período estudado; Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): Informações ignoradas ou deixadas em branco, notificações que foram emitidas o CAT, notificações que não foram emitidas o CAT e notificações que não se aplica a emissão do CAT, estas variáveis foram tabuladas pelo programa Microsoft Office Excel 2016, utilizando estatística descritiva para calcular as frequências, médias e desvio padrão.

A pesquisa identificou o perfil sociodemográfico dos casos TMRT, a determinação das faixas etárias mais afetadas, analisou as disparidades de gênero na ocorrência de transtornos e ocupações mais afetadas e traz sugestões para políticas de saúde mental no ambiente de trabalho, que haja mais promoção à saúde no ambiente de trabalho, tornando assim ambientes mais saudáveis. Do ponto de vista ético, o projeto utiliza dados públicos do SINAN, não apresentando risco, já que os dados são acessíveis a qualquer interessado e não apresenta identificação individual. Desta forma foi dispensando a avaliação pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 07 de abril de 2016, e nº 466, de 12 de dezembro de 2012.[7,8]

RESULTADOS

No período estudado em Palmas, Tocantins, foram notificados um total de 27 casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), os quais 41% dos ocorreram no ano 2020, seguidos 30% no ano de 2022, 19% no ano de 2019, 7% no ano de 2021 e 4% dos casos no ano de 2018 (Tabela 1). Em relação ao gênero, observou-se um crescimento maior das notificações entre as trabalhadoras, com 81% em comparação com os trabalhadores que tiveram apenas 19% das notificações. A análise estatística destes dados resultou em uma média de 5,4 e um desvio padrão de 4,2 por ano no período de 2018-2022 (Tabela 1).

Tabela 1 - Notificações dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (n=27) , sexo e ano de notificação, Palmas/TO, 2018 a 2022

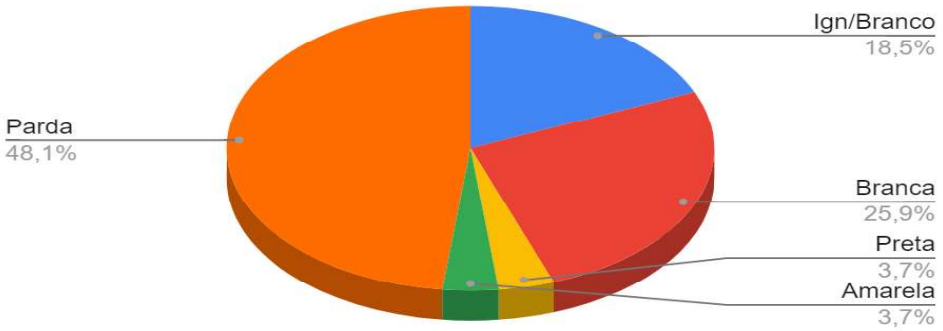
	Masculino	**Feminino**	**Total**	
Ano/Notificação	**n**	**n**	**N**	**%**
2018	-	1	1	4%
2019	1	4	5	19%
2020	2	9	11	41%
2021	-	2	2	7%
2022	2	6	8	30%
Total	**5**	**22**	**27**	**100%**
		Média	**5,4**	
		Desvio Padrão	**4,2**	

No que diz respeito à variável raça/cor de pele, observou-se a seguinte distribuição: 48,1% das notificações referem-se a pessoas pardas, seguidas por 25,9% de pessoas brancas, 3,7% de pessoas pretas e 3,7% de pessoas de cor amarela. Além disso, 18,5%

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

das notificações não especificaram ou foram deixadas em branco, conforme mostrado no (Gráfico 1).

Gráfico 01 - Notificações segundo Raça/cor



Considerando a variável idade dos casos notificados, observa-se uma distribuição uniforme nas faixas etárias. A faixa de 18-24 anos apresentou 7 notificações, assim como a faixa de 25-34 anos e a faixa de 35-44 anos, indicando continuação na representação destas faixas etárias, já a faixa etária de 45-54 anos teve 6 notificações para o total de 27. Esses dados apresentam média de idade de 34 com um desvio padrão de idade 11 do período estudado (Tabela 2).

Tabela 2: Notificações segundo Idade detalhada (n=27), período: 2018-2022

IDADE DETALHADA	Nº NOTIFICAÇÕES
18-24	7
25-34	7
35-44	7
45-54	6
TOTAL	**27**
MÉDIA	**34 ANOS**
DESVIO PADRÃO	**11 ANOS**

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Já a análise referente à escolaridade, revela uma diversidade nos níveis educacionais dos casos notificados. A educação superior completa teve 33% das notificações, indicando uma representatividade significativa entre as notificações. Tendo resultados iguais, os casos ignorados ou deixados em branco e ensino médio completo que apresentaram 26% das notificações cada, evidenciando uma distribuição iguais nessas classificações. As demais faixas de escolaridade, 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental, 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental teve 7% e ensino médio incompleto e ensino superior incompleto, contribuíram com 4% das notificações cada.

As notificações segundo diagnóstico específico, de acordo com Classificação Internacional de Doenças (CID), em primeiro com 30% ficou o Transtornos do humor afetivos (F30-F39), em segundo com 30% Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (F40-F48), em terceiro com 26% das notificações com CID não preenchido, em quarto com 11% das notificações ficou com transtorno mental não especificado (F99-F99) e em último ficaram Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69) que notificou 4% como é demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3: Notificações segundo diagnóstico específico e psicofármaco no período: 2018-2022

Diagnóstico específico	Notificações	Psicofármacos	Notificações
Transtornos do humor [afetivos] (F30-F39)	30%	Ignorado/Branco	41%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (F40-F48)	30%	Sim	30%
CID não preenchido	26%	Não	30%
Transtorno mental não especificado (F99-F99)	11%		
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69)	4%		

Em 41% das notificações, a informação sobre o uso de psicofármacos foi ignorada ou deixada em branco. Por outro lado, em 30% das notificações, os casos indicaram fazer uso desses medicamentos, enquanto os outros 30% das notificações não usam psicofármacos (Tabela 3).

Quadro 1: Classificação Brasileira de Ocupações-CBO	
Ocupação	**%**
Enfermeiro (2235-05)	7,5%
Teleoperador (4222-10)	3,7%
Cozinheiro Geral (5132-05)	3,7%
Vigilante (5173-30)	3,7%
Assistente Administrativo (4110-10)	3,7%
Atendente Jurídico (4110-15)	3,7%
Operador de Caixa (4211-25)	3,7%
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário (4221-10)	3,7%
Vendedor de Comércio Varejista (5211-10)	3,7%
Programador Visual Gráfico (7661-55)	3,7%
Dona de Casa	3,7%
Marcheteiro	3,7%
Motorista de Ônibus Rodoviário (7824-05)	3,7%
Comerciante Varejista (1414-10)	3,7%
Biólogo (2211-05)	3,7%
Médico (2231)	3,7%
Geógrafo (2513-05)	3,7%
Assessor de Presidência (2523-05)	3,7%

Jornalista (2611-25)	3,7%
Professor de Geografia no Ensino Médio (2321-35)	3,7%
Coordenador Pedagógico (2394-05)	3,7%
Pedagogo (2394-15)	3,7%
Técnico de Transporte Ferroviário (3122-05)	3,7%
Técnico de Transporte Ferroviário (3122-05)	3,7%
Técnico de Enfermagem	3,7%
Auxiliar de Desenvolvimento Infantil (3311-10)	3,7%
Professor Assistente de Regência de Classe (3321-05)	3,7%

Enfermagem teve 7,5% e as demais ocupações tiveram 3,7% de ocupação. Quanto à situação ocupacional 96,3% dos casos tinham empregos formais e 3,7% tinham trabalho informal, já a área que teve mais notificação foi área da saúde com 18% das notificações, esses dados refletem a diversidade de ocupações representadas nos casos estudados.

Tabela 4: Notificações segundo a evolução do caso e conduta de afastamento desgaste, (n=27) no período: 2018-2022

Evolução do caso	Notificações	Conduta, afastamento e desgaste	Notificações
Ignorado/Branco	22%	Ignorado/Branco	26%
Cura	26%	Sim	37%
Incapacidade Temporária	44%	Não	37%
Incapacidade permanente parcial	8%		

A variável segundo a evolução do caso, 22% foram ignorados ou deixados em branco, 26% foram notificados como cura, 44% dos casos foram notificados por incapacidade temporária e 8% das notificações foram por incapacidade permanente

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

parcial (Tabela 5). Por outro lado a variável de conduta, afastamento e desgaste onde 26% das notificações foram ignoradas ou deixadas em branco, 37% das notificações passaram pela conduta de afastamento e desgaste e 37% das notificações não passaram pela conduta de afastamento e desgaste (Tabela 5).

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), é um documento que comunica ao INSS sobre acidentes ou suspeitas de doenças adquiridas no ambiente de trabalho, requer a emissão pela empresa em caso de ocorrência. Dentre as 27 notificações analisadas, nota-se que em 19% das notificações a informação referente à CAT foi ignorada ou deixada em branco. Em 11% dos casos, a CAT foi emitida conforme o procedimento adequado, já 44% dos casos, não foi registrada a emissão CAT e para 26% casos, a emissão da CAT não se aplicou à situação específica.

DISCUSSÃO

De acordo com objetivo do estudo que foi analisar o perfil sociodemográfico das notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho em Palmas, Tocantins, onde foi analisada a distribuição das notificações ao longo de 2018-2022, e com um aumento significativo no ano de 2020. Em Palmas foram notificados um total de 27 casos de TMRT no período estudado, ficando na primeira posição em relação às notificações no estado, a segunda cidade com mais notificações foi Natividade do Tocantins com 24 notificações e Araguaína ficou em terceira com 17 casos notificados no período estudado.[21]

Este estudo realizado na cidade de Palmas, foi observado haver mais notificações para trabalhadoras, representando 81% das notificações, apontando crescimento de casos TMRT deste gênero no ambiente de trabalho. Os dados evidenciam que TMRT demonstrou durante o período analisado, que teve total (n=27) casos, tendo uma considerável distribuição ao longo dos anos. Observou-se um aumento progressivo das notificações, 19% ocorrendo em 2019, 41% em 2020 e seguido por 30% em 2022, mostrando uma intensificação dos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho nos anos de 2019, 2020 e 2022. Concordando com estudo[20,23] que quanto ao sexo, teve foi maior entre as trabalhadoras com 48,8%. Pesando no percentual de 81% , este que reforça a importância de implementação de programas de conscientização e apoio específicos para mulheres, os empregadores e a secretaria de saúde têm que desenvolver

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464
SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

estratégias específicas para programas de saúde mental focando em diferentes faixas etárias, considerando que a distribuição das notificações foi uniforme em diferentes idades, pensando sempre pela perspectiva da promoção e prevenção da saúde mental do trabalhador e trabalhadora.

Este estudo revelou que 48,1% foram notificadas sendo da raça/cor parda e 33% da (n=27) possuíam ensino superior completo, confirmando assim a hipótese do atual estudo que o aumento das notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho em Palmas, podem estar relacionadas ao aumento da conscientização sobre saúde mental. Percepção essa que o ensino superior proporciona, ao ser uma das poucas esferas públicas onde a aprendizagem, conhecimento e valores oferecem uma educação que estimule a autocrítica, autoconhecimento e uma democracia substantiva.[14] Ademais é importante implementar medidas de conscientização no ambiente de trabalho e desenvolver momentos de educação em saúde mental no local de trabalho, direcionados a todos os níveis educacionais, gerando assim a inclusão entre os trabalhadores, garantindo que eles tenham acesso às mesmas oportunidades de tratamento e apoio.

Entre os casos notificados de TMRT, predominaram o diagnóstico de transtorno de humor com 30%, transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes com 30%. Estudo[18] aponta resultados similares, onde os transtornos de humor obtiveram 61% de (n=1.668), seguidos pelos transtornos neuróticos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (26,4%). No atual estudo esses casos representaram, em sua maioria, 26 ocupações profissionais, na faixa etária geral de 18 a 54 anos, do mercado de trabalho formal, tendo semelhança com estudo[19,20] onde as faixas etárias foram de 18-49. Já para buscar amenizar predominância dos transtornos F30-39 e F40-48, tem que buscar garantir que todos os casos recebam avaliação e tratamento adequados por profissionais de saúde mental, e que não seja realizado apenas os devidos encaminhamentos, mas que seja montado um Plano Terapêutico Singular (PTS) pelos profissionais envolvidos para um acompanhamento mais qualificado na rede de saúde mental, garantindo assim que o paciente esteja recebendo o suporte necessário.

A evolução dos casos teve prevalência de 44% das notificações (n=27), tiveram evolução para incapacidade temporária segundo as notificações relacionadas à saúde mental no local de trabalho. Já os casos de adoção de condutas de afastamento e desgaste em uma proporção significativa de 37% das notificações sofreram conduta de

afastamento e 37% não sofreram conduta de afastamento por desgaste, dos casos destacam a necessidade de estratégias de apoio e reabilitação eficazes para os trabalhadores afetados. Para OMS[11] e OIT[12], no ano de 2022, cerca de 15% dos trabalhadores adultos no mundo vivem com um transtorno mental, estimando a perda de dias trabalhados devido à ansiedade e depressão, custando quase um trilhão de dólares economia global. Além disso, a ausência de informações sobre o uso de psicofármacos em 41% das notificações destaca a necessidade de aprimorar a coleta de dados e o acompanhamento do tratamento dos trabalhadores afetados.[16,19] Referente a evolução do caso e conduta de afastamento, nota-se que é crucial implementar programas de apoio e reabilitação para trabalhadores afetados por transtornos mentais relacionados ao trabalho, além de buscar promover uma cultura organizacional que valorize a saúde mental, através de campanhas sobre gerenciamento de estresse e oficinas realizadas por profissionais de saúde mental, buscando assim ajudar a diminuir impacto dos transtornos mentais no local de trabalho.

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é fundamental para garantir medidas para garantir sua adequada emissão e registro. É necessário promover uma cultura sobre a importância desse documento entre os empregadores e funcionários já que 19% foram ignoradas ou deixadas em branco e 44% dos casos não realizaram a emissão da CAT.

As informações apresentadas nesta pesquisa destacam a urgência de implementar ações para melhorar as condições de trabalho, emprego e segurança dos trabalhadores de Palmas, Tocantins, especialmente os da área da saúde. Os transtornos mentais e comportamentais são uma questão de saúde pública com impactos econômicos e sociais significativos, resultando em uma maior demanda por serviços de saúde e uma diminuição da produtividade. Recomenda-se a implantação de programas destinados a manter a saúde dos trabalhadores, reabilitá-los e reintegrá-los ao ambiente de trabalho, visando prevenir afastamentos prolongados ou definitivos. Além disso, é essencial incentivar pesquisas para entender melhor o processo de adoecimento desses trabalhadores, a fim de direcionar políticas de ação de forma mais eficaz e direcionada.

Vínculo: Plano Integrado de Residências em Saúde.

Financiamento: Pesquisador do Programa Municipal de Bolsa de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho (PET-Palmas/FESP-Palmas).

E-mail: edieltonbarbosalucio@gmail.com.

REFERÊNCIAS

1. BORSOI, ICF. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. Psicologia & Sociedade, vol. 19, núm. 1, 2007, pp. 103-111. Associação Brasileira de Psicologia Social Minas Gerais, Brasil.

2. BRAZIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGIL NCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA; DE MORAIS NETO, Otaliba Libânio. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, 2007.

3. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Requerimento nº 241: Debate dos impactos do trabalho na saúde mental da população brasileira, 2023. Disponível em: (https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2332471). Acesso em: 02 out, 2023.

4. Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. (2019). Boletim Epidemiológico Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil,2006–2017,13(9),1-5. Disponível:(https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ccvisat_bol_transtmentais_final_0.pdf). Acesso em: 05 de outubro, 2023.

5. FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 35, núm. 122, 2010, pp. 229-248. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. São Paulo, Brasil.

6. GIROTTO, Cristiane; DIEHL, Liciane. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre a possível relação entre o diagnóstico e as situações de trabalho. Polêmica, v. 16, n. 2, p. 090-115, 2016.

7. Ministério da Saúde. (2012). Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em:

(https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Resolução CNS nº 466/2012. Acesso em: 06 de outubro, 2023.

8. Ministério da Saúde. (2016). Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: (https://www.in.gov.br/materia/-asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581). Resolução CNS nº 510/2016. Acesso em: 13 de outubro, 2023.

9. Ministério da Saúde. (2014). Portaria de Consolidação nº 1.984, de 12 de setembro de 2014. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Diário Oficial da Brasília. Disponível em: (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1984_12_09_2014.html). Acesso em 29 de outubro, 2023.

10. OLIVEIRA, Luanne Alves; BALDAÇARA, Leonardo Rodrigo; MAIA, Maria Zoreide Brito. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 40, p. 156-169, 2015.

11. Organização Internacional do Trabalho. OMS e OIT pedem novas medidas para enfrentar os problemas de saúde mental no trabalho- OIT, 2022. Disponível em: (https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_857127/lang--pt/index.htm). Acesso em: 08 de outubro, 2023.

12. Organização Mundial da Saúde. OMS e OIT fazem chamado para novas medidas de enfrentamento das questões de saúde mental no trabalho - OPAS/OMS Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em: (https://www.paho.org/pt/noticias/28-9-2022-oms-e-oit-fazem-chamado-para-novas-medidas-enfrentamento-das-questoes-saude). Acesso em: 05 de outubro, 2023.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464

13. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 03 de outubro,2023.

14. VASCONCELOS, Amanda de; FARIA, José Henrique de. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. Psicologia & Sociedade, v. 20, p. 453-464, 2008.

15. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 2, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: (https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/IN_2_2005.pdf). Acesso em: 07 de outubro,2023.

16. NEU, Artur Rosa; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali; SAKAE, Thiago Mamôru. O mal-estar contemporâneo: um estudo ecológico sobre transtornos de humor e o Índice de Desenvolvimento Humano nas grandes regiões brasileiras. RELATOS DE CASOS, v. 62, n. 2, p. 158-163, 2018.

17. SILVA, Eli Borges de Freitas et al. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas, 2009. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 21, n. 3, p. 505-514, 2012.

18. PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Estudo caso-controle da relação entre processo de trabalho e transtornos neuróticos. 1991.

19. DE OLIVEIRA, Beatriz et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Amazonas de 2018 a 2022. **Peer Review**, v. 5, n. 25, p. 446-458, 2023.

20. CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro et al. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 363-372, 2016.

21. SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/. Acesso em: 23 dezembro, 2023.

22. POLYDORO, Soely AJ; GUERREIRO-CASANOVA, Daniela C. Escala de auto-eficácia na formação superior: construção e estudo de validação. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 2, p. 267-278, 2010.

23. BÁRBARO, Alessandra Marino et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 5, n. 2, p. 1-16, 2009.

ANEXO

ANEXO A – FICHA DE INVESTIGAÇÃO TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Nº

Definição de caso: Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravo de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais tem como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — **TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO** — Código (CID10) F99 — 3 Data da Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 12 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 13 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1ª grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1ª grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1ª grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1ª grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 **Município de Residência** — **Código (IBGE)** — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

31 Ocupação

32 Situação no Mercado de Trabalho
01- Empregado registrado com carteira assinada
02 - Empregado não registrado
03- Autônomo/ conta própria
04- Servidor público estatuário
05 - Servidor público celetista
06- Aposentado
07- Desempregado
08 - Trabalho temporário
09 - Cooperativado
10- Trabalhador avulso
11- Empregador
12- Outros
99 - Ignorado

33 Tempo de Trabalho na Ocupação — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

Dados da Empresa Contratante

34 Registro/ CNPJ ou CPF — 35 Nome da Empresa ou Empregador

36 Atividade Econômica (CNAE) — 37 UF — 38 Município — Código (IBGE)

39 Distrito — 40 Bairro — 41 Endereço

42 Número — 43 Ponto de Referência — 44 (DDD) Telefone

45 O Empregador é Empresa Terceirizada — 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464

Transtornos mentais

46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco
1 - Hora 2 - Dia
3 - Mês 4 - Ano

47 Regime de Tratamento
1- Hospitalar 2 - Ambulatorial

48 Diagnóstico Específico
CID 10

49 Hábitos
1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Alcool
Drogas psicoativas
Psicofármacos

50 Hábito de Fumar
1- Sim 2- Não
3- Ex- fumante 9- Ignorado

51 Tempo de Exposição ao tabaco
1 - Hora 2 - Dia
3 - Mês 4 - Ano

Conclusão

52 Conduta Geral
1-Sim 2 - Não
Afastamento da situação de desgaste mental
Adoção de mudança na organização do trabalho
Adoção de proteção coletiva
Afastamento do local de trabalho
Adoção de proteção individual
Nenhum
Outros_____

53 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho?
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

54 O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais?
1-Sim 2 - Não 9- Ignorado

55 Evolução do Caso
1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total
6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado

56 Se Óbito, Data

57 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho
1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado

Informações complementares e observações

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho Sinan NET SVS 21/06/2019

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP/DAEVS/SVS/MS
MINISTÉRIO DA SAÚDE | SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700
CEP:70719-040 - Brasília/DF | Telefone: (61) 3315-3464

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

V.X, n.X, jan/2024 – *DOI: http://dx.doi.org/10.20873/XXXXXXX*
Revista Desafios – v. 02,n. 1, 2023

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS GRUPOS TERAPÊUTICOS REALIZADOS NO CAPS II DE PALMAS/TO

USERS' PERCEPTION OF THE THERAPEUTIC GROUPS HELD AT CAPS II IN PALMAS/TO

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS EN CAPS II EN PALMAS/TO

Fernanda Corrêa Aires Santos:
Enfermeira. Cursando Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) / Palmas-TO. E-mail: fernandaires1@gmail.com | https://orcid.org/0009-0004-1643-7511

Alderina Costa de Sousa
Assistente Social. Especializada em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Fundação Escola de Saúde Pública.E-mail:alderinacosta7@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-8439 2563account_circle

Juliana Santos Simões:
Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Preceptora do Programa de Residência em Saúde Mental. E-mail: juliana.simoes@uft.edu.br | https://orcid.org/0000-0001-6120-665X

Margareth Santos de Amorim

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2016). Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: margoramorim@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-7112-1980

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

RESUMO: Esta pesquisa tem por objetivo buscar conhecer as percepções dos usuários acerca dos grupos terapêuticos realizados em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Palmas, Tocantins. No contexto da Reforma Psiquiátrica houve a criação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo os CAPS um dos principais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como lugar de referência e de cuidado. Uma das ferramentas de cuidado que possui destaque são os grupos terapêuticos. Trata-se de uma pesquisa exploratória de campo, retrospectivo de natureza qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com oito usuários do serviço. A análise dos dados foi organizada em núcleos de sentidos por categorias com base na análise de conteúdo. As categorias identificadas foram: CAPS

Como citar este artigo:

SANTOS, A. C. F et al 2024. Percepção dos usuários sobre os grupos terapêuticos realizados no Caps II de Palmas/ Tocantins. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

oportunizando integração; grupos como prática de cuidado, significado dos grupos, o olhar antes e pós pandemia sobre os grupos terapêuticos. Com a realização da pesquisa pode se observar que os participantes reconhecem os grupos terapêuticos como uma chave terapêutica potente no seu tratamento, sendo um espaço de socialização entre os usuários do serviço, bem como ferramenta para criação de vínculos e promoção da autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial; Grupos Terapêuticos.

ABSTRACT: This research aims to understand users' perceptions about therapeutic groups held at a Psychosocial Care Center (CAPS II) in Palmas, Tocantins. In the context of the Psychiatric Reform, services were created to replace the psychiatric hospital, with CAPS being one of the main services of the Psychosocial Care Network (RAPS), as a place of reference and care. One of the care tools that stands out are therapeutic groups. This is exploratory field research, retrospective of a qualitative nature. Data collection occurred through semi-structured interviews with eight service users. Data analysis was organized into clusters of meanings by categories based on content analysis. The categories identified were: CAPS providing integration opportunities; groups as care practice, meaning of groups, the pre- and post-pandemic look at therapeutic groups. By carrying out the research, it can be observed that participants recognize therapeutic groups as a powerful therapeutic key in their treatment, being a space for socialization between service users, as well as a tool for creating bonds and promoting autonomy.

KEYWORDS: Mental health; Psychosocial Care Center; Therapeutic groups.

RESUMEN Esta investigación tiene como objetivo comprender las percepciones de los usuarios sobre los grupos terapéuticos realizados en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS II) en Palmas, Tocantins. En el contexto de la Reforma Psiquiátrica, se crearon servicios en sustitución del hospital psiquiátrico, siendo el CAPS uno de los principales servicios de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), como lugar de referencia y atención. Una de las herramientas de atención que destaca son los grupos terapéuticos. Se trata de una investigación de campo exploratoria, retrospectiva y de carácter cualitativo. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas con ocho usuarios del servicio. El análisis de datos se organizó en grupos de significados por categorías basadas en el análisis de contenido. Las categorías identificadas fueron: CAPS que brindan oportunidades de integración; Los grupos como práctica de cuidado, significado de los grupos, la mirada pre y pospandemia sobre los grupos terapéuticos. Al realizar la investigación se puede observar que los participantes reconocen los grupos terapéuticos como una poderosa clave terapéutica en su tratamiento, siendo un espacio de socialización entre los usuarios del servicio, así como una herramienta para crear vínculos y promover la autonomía.

Palabras Clave: Salud mental; Centro de Atención Psicosocial; Grupos terapéuticos.

V.4, n.1, janeiro/2024. ISSN n° 2594-7494

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surge do movimento dos trabalhadores de saúde mental que passaram a criticar e denunciar os maus-tratos, a violência com que eram tratados os doentes que sofriam de alguma alteração psíquica, além da falta de recursos e más condições de trabalho nos manicômios. Os hospitais psiquiátricos mantinham os "doentes" em privação de convívio social para que fossem tratados, sendo o foco a assistência à doença, esquecendo-se de compreender o sujeito como um todo. O indivíduo era privado de sua liberdade, não tendo conhecimento e autonomia sobre a sua terapêutica (FREITAS, 2018).

O movimento social foi ganhando força na sociedade e tinha como proposta e discussão a elaboração de modos mais humanizados e dignos na assistência a fim de melhorar a qualidade de saúde e de vida das pessoas que estavam em situação de sofrimento psíquico. Para esse novo modelo de atenção à saúde mental, era necessário fazer emergir a construção de serviços de base comunitária para que a assistência fosse prestada, tendo como foco do cuidado o sujeito e não somente a doença (CONSTANTINIDIS, 2018).

A Lei nº 3.657/89, conhecida como (Lei Paulo Delgado) pretendia reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos, propondo a extinção progressiva dos manicômios, através do impedimento da abertura de novos leitos e consolidar o cuidado nas redes extra-hospitalares. Posteriormente houve a aprovação da Lei nº 10.216/2001 que redirecionava o modelo de assistência em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (OLIVEIRA, 2023).

A portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde, organiza e institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para cuidado às pessoas em sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define os CAPS nas suas diferentes modalidades e complexidades.

A referida portaria traz o CAPS como um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário que atua sobre a ótica interdisciplinar e tendo como enfoque o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia das pessoas e viabilizando cidadania (Brasil, 2015).

Tendo em vista a complexidade dos serviços, o CAPS II funciona com uma capacidade operacional para atendimento ao público em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, e tem como componente assistencial as seguintes atividades: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias,

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

atividades de suporte social. O dispositivo de saúde é constituído por uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, psicólogos, médicos psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos que atuam sob um olhar ampliado em saúde através do cuidado humanizado (BRASIL, 2015).

O CAPS tem suas ações centradas na inserção social do indivíduo, através de ações educativas, envolvendo a arte, a cultura, a produção de renda, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Por vezes, a ferramenta utilizada para trabalhar o processo de inserção social são as atividades coletivas. Nesse sentido, a prática grupal possui um papel fundamental enquanto estratégia para promoção da saúde psíquica destes usuários, estimulando-os a interagir socialmente (MENEZES E PEGORARO, 2019).

De fato, o Ministério da Saúde define que nos serviços substitutivos tipo CAPS promovam a oferta dos grupos terapêuticos, sendo que os mesmos podem ser de vários tipos como: geradores de renda (possibilitando ao indivíduo o aprendizado e a promoção de renda); expressivos (em que podem ser trabalhados a expressão corporal, musical, verbal e artística) ou alfabetização, grupos de leitura, atividades esportivas (Ministério da Saúde, 2015).

No Contexto Brasileiro, a médica psiquiátrica Nise da Silveira foi uma precursora artística que deu iniciou abordagens mais humanizada aos cuidados com pacientes psiquiátricos, introduzindo as terapias artísticas em um Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. A grande Pioneira, acreditava que a arte e modelagem ajudava o indivíduo a se expressar o que contribuía para sua melhoria terapêutica (SANTOS *et al* 2020).

Brunozi *et al* (2019) destaca a importância das atividades grupais como uma ferramenta potente para o tratamento e reabilitação psicossocial dos pacientes, destacando os grupos terapêuticos como espaço que proporciona aos usuários sentimentos de entusiasmo, confiança e satisfação. Outro fator evidenciado é que durante a prática cotidiana, o profissional utilize de tecnologias leves, como o acolhimento, a comunicação, pois são ferramentas essenciais no cuidado em saúde mental, além do que favorece maior capacidade de estar sensível as necessidades de cada sujeito.

Dessa forma, as oficinas terapêuticas tem por perspectivas o desenvolvimento do protagonismo do usuário quanto ao seu tratamento e o seu autocuidado. Assim, durante os atendimentos grupais, é de suma importância que as práticas sejam acolhedoras, respeitosas com cada usuário frente a sua individualidade e singularidade (AIRES *et al* 2021).

V.4, n.1, janeiro/2024. ISSN n° 2594-7494

Com o advento da pandemia causada pela Covid-19, os serviços de saúde tiveram que adaptar o fluxo de atendimento em atenção às normas sanitárias, ficando impedido a realização de atividades coletivas, nesse sentido Gomes Picolli e Carvalho (2020) ressaltam que às restrições de aglomerações e decretos de lockdown (confinamento) causaram impactos nos grupos terapêuticos do CAPS.

No pós pandemia e de forma gradativa as ações coletivas foram retornando conforme as orientações sanitárias. Trazendo para o contexto do CAPS II de Palmas, Tocantins, em 2022 observou-se que os usuários buscavam saber a possibilidade de retorno dos grupos terapêuticos, e de forma individual referiam memórias afetivas das atividades que participavam, suscitando na pesquisadora responsável o interesse de estar realizando um estudo para melhor compreender as percepções dos usuários sobre os grupos terapêuticos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de campo, retrospectivo de natureza qualitativa. O local selecionado para o estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, localizado no município de Palmas, Tocantins.

Prodanov e Freitas (2013), definem que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar informações sobre o assunto investigado.

Segundo Minayo (2016), a pesquisa qualitativa se preocupa com as questões sociais, um nível de realidade não quantificada, tendo como eixo principal aprofundar no “universo de significados”.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas (CAPP), responsável pela emissão do Termo de Anuência para realização de pesquisas no âmbito do SUS em Palmas, sendo aprovada sob o número: 181 e contou ainda com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins, parecer nº 5.999.839/CAAE sob o n° 67138423.7.0000.9187.

Para o início da coleta de dados foi utilizado e apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo uma para a pesquisadora responsável e a outra para o participante, conforme preconiza a resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi orientada por um roteiro semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora, contendo variáveis sobre o perfil sociodemográfico e a acerca dos grupos terapêuticos.

Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2023, em um espaço reservado do CAPS II, em horário previamente pactuado com cada participante de modo que não houvesse prejuízos às atividades programadas para o dia. As

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise dos dados, posteriormente foram organizados em uma planilha no software Microsoft Excel 2016.

Os participantes do estudo seguiram os seguintes critérios de inclusão: participação nos grupos terapêuticos (artes e grupo de culinária) do CAPS II de Palmas, Tocantins, no período de janeiro à dezembro de 2019; mantém-se ativo nos serviços do CAPS II em 2022; aceitaram participar da pesquisa, assinando as duas vias do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na busca pelos possíveis entrevistados fez-se necessária a análise dos registros das atividades grupais realizadas em 2019, resultando em 10 (dez) usuários. O primeiro contato para convidá-los foi realizado no CAPS II para os que estavam presentes, e por meio de contato telefônico aos que não estavam presente nos dias de busca ativa pelos mesmos.

Para a realização das entrevistas, dos 10 (dez) possíveis 8 (oito) atenderam os critérios de inclusão, sendo assim a pesquisa envolveu 8 participantes das práticas coletivas realizadas no CAPS II em 2019.

Os dados foram organizados em núcleos de sentidos e analisados por categorias, buscando interpretar o “universo dos significados", conforme ressalta Minayo (2016).

Para preservar a identidade dos participantes do estudo foi realizado a codificação de cada participante pela letra “P” e uma cor, ficando organizado em: “P.Vermelho”, “P.Azul”, “P.Verde”, “P.Amarelo”, “P.Roxo”, “P.Branco”, “P.Laranja”, “P.Rosa”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para início da análise, traçou-se o perfil dos usuários, para os quais identificou-se as seguintes características:

	Sexo	Idade	Raça	Escolaridade	Renda	CID
Amarelo	M	34	Branca	Ensino Fundamental incompleto	BPC*	F06
Azul	M	36	Negra	Ensino Fundamental incompleto	BPC*	F20
Verde	F	54	Indígena	Ensino Fundamental incompleto	BPC*	F20
Vermelho	F	57	Branca	Ensino Superior Completo	BPC*	F31
Roxo	F	54	Parda	Ensino Médio Completo	BPC*	F32

V.4, n.1, janeiro/2024. ISSN n° 2594-7494

Branco	M	52	Branca	Ensino Fundamental incompleto	BPC*	F20
Laranja	M	50	Parda	Ensino Técnico	BPC*	F20
Rosa	F	59	Branca	Analfabeto	BPC*	F32

*BPC: Benefício de Prestação Continuada

Os núcleos de sentido foram baseados nas falas obtidas pelos participantes e estão organizados por categorias sendo elas: categoria 1 (um) foi denominada: CAPS, oportunizando integração; categoria 2 (dois): Grupos como prática de cuidado; categoria 3 (três): Significados dos grupos; categoria 4 (quatro): o olhar antes e pós pandemia sobre os grupos terapêuticos.

Durante a coleta e análise das entrevistas foi observado que alguns participantes tiveram dificuldade de compreender as perguntas, sendo necessário uso do discurso popular para que compreendessem os questionamentos e assim pudessem respondê-los.

CAPS, oportunizando integração

Ao serem questionados se gostam de participar dos grupos, todos participantes trouxeram o favorecimento da interação social e estabelecimento de vínculo, como destaque para aderirem as práticas, conforme podemos observar nas falas a seguir:

> *"Estando no grupo a gente tem a oportunidade de interagir com os outros pacientes e conhecê-los".* ***(P.Vermelho)***

> *"Gosto, porque vai desenvolvendo a mente, vai ficando mais animado, tem mais participação das atividades e das pessoas que estão no grupo, para não ficar só acomodado em casa".* ***(P.Branco)***

> *"Eu gosto de participar do grupo, que interage com todo mundo, porque aí a gente conversa né, e cada um fala o seu problema, e daí a gente vê que não é só a gente que tem aqueles problemas".* ***(P.Verde)***

Observa-se convergência dos discursos dos participantes, e a existência de pensamentos alinhados e coesos em relação as atividades grupais ofertadas pelo CAPS II, na qual o grupo tem como perspectiva promover e estimular as relações socioafetivas dos usuários.

Um estudo realizado por Ibiapina *et al* (2017) identificou que as vivências dos grupos terapêuticos propiciavam aos usuários o desenvolvimento do diálogo e construção de vínculos. Denota-se também que a interação dos usuários no ambiente coletivo promovia socialização e resgaste da cidadania, o que vai ao encontro com os princípios e diretrizes da RAPS.

A vivência nos grupos favorece maior capacidade resolutiva, devido ao compartilhamento de experiências entre os indivíduos, estabelecendo um espaço de escuta das necessidades de cada sujeito, podendo contribuir também, para orientar o

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

profissional na construção dos projetos terapêuticos singulares de acordo com a necessidade de cada usuário (MENEZES; PEGORARO, 2019).

As práticas grupais tem por finalidade estimular o desenvolvimento e a integração dos usuários no serviço com a família e com a comunidade através do compartilhamento de experiências de vida, sentimentos que oportunizam os usuários compreenderem o próprio processo do adoecimento, bem como lidar com o tratamento (MENEZES; PEGORARO, 2019).

Grupos como prática de cuidado

Durante a entrevista foi realizado o seguinte questionamento: "Qual a importância das atividades grupais no seu tratamento?" eles responderam:

> *"Quando eu fico em casa, eu fico escutando vozes e vendo vultos. Quando eu chego aqui é uma calma, vem um profissional e interage, convida para crochê, música, artes [...]. Se tivesse programação 24 horas no CAPS estaria na programação"* ***(P.Azul)***
>
> *"Me tira de ficar dentro de casa, se eu ficar dentro de casa eu fico mais mal, eu vindo pra cá (*se referindo ao CAPS II*) eu vejo gente, eu interajo, dá mais motivação"* ***(P. Roxo)***
>
> *"E fazer com a gente não perca o convívio social"* ***(P.Vermelho)***
>
> *"Melhora tudo, o convívio social da pessoa, a coordenação motora, tudo na saúde mental melhora. A pessoa se aperfeiçoa, vai praticando as atividades e até dá uma renda"* ***(P.Laranja)***

Pode-se perceber em diversos momentos das entrevistas, o quanto a fala dos participantes traduzem a satisfação e a relevância das atividades grupais na melhoria do bem-estar dos mesmos, sinalizando as participações nas ações como um espaço de pertencimento comunitário.

Magalhães e Braga (2022) defendem a importância das atividades grupais no enfrentamento do adoecimento mental. Apontam a utilização da arte, música e cultura como "chaves" terapêuticas fundamentais para o desenvolvimento de aptidões, aprendizados e habilidades. Além do que, desconstroem estereótipos, e estigmas com os indivíduos que sofrem de transtornos mentais, mostrando que esses sujeitos são capazes e podem desenvolver atividades, aprenderem algo novo e continuarem a desempenhar seu papel, seja no ambiente familiar, laboral e social.

Ferreira e Carvalho (2018) verificam em sua pesquisa o quanto o grupo terapêutico trouxe ganhos positivos e novos caminhos aos pacientes como: melhora nos relacionamentos interpessoais e familiares, contribuição nos afazeres domésticos, oportunidades no mercado de trabalho e diminuição no uso de medicamentos. Durante os grupos, observou-se a importância do respeito à subjetividade e individualidade de cada paciente, o que exige do profissional cuidado, sensibilidade e paciência.

V.4, n.1, janeiro/2024. ISSN n° 2594-7494

Dessa forma é crucial o aprimoramento das atividades terapêuticas, através do apoio profissional e familiar, buscando o fortalecimento da autonomia e autoestima do usuário. Ademais, essa ferramenta de cuidado deve ser centrada no indivíduo e adaptada às necessidades individuais de cada usuário (MAGALHÃES; BRAGA, 2022).

Significados dos grupos

Quando questionados: "Como você avalia os grupos terapêuticos realizados no CAPS II?", foram narradas as seguintes falas:

> *"Eu avalio o grupo como essencial na vida de quem já tá no tratamento"* ***(P.Azul)***

> *"Descobre talento [...], qualidade de vida, abrindo a mente, a visão. Eu percebi melhora ao seguir as orientações."* ***(P.Amarela)***

Pelas narrativas dos usuários percebe-se a aproximação das falas em relação a relevância do grupo, por se caracterizar um instrumento transformador em seu tratamento, sendo uma ferramenta que desperta no sujeito o descobrimento de habilidades e aptidões.

Nesse sentido, a arte vem sendo utilizada como ferramenta terapêutica no cuidado em saúde mental, pois através desse recurso estimula a liberdade de expressão, comunicação, criação e exteriorização do subjetivo de cada indivíduo. Sendo assim, as práticas artísticas culturais configuram uma potência na estratégia do cuidado ao portador de transtorno mental. (Guerreiro *et al* 2022). Os achados desse estudo também convergem com a pesquisa realizada por Batista *el al* 2018 o qual descreveu a importância da música na reabilitação social dos usuários em um CAPS I, da região Amazônica. A arte musical se configura uma tecnologia de baixo custo, não invasiva e de grande impacto terapêutico promovendo durante as atividades coletivas sensação de tranquilidade, paz e animação.

Silva *et al* (2021) em sua pesquisa reconhece a arteterapia como um dispositivo terapêutico em saúde mental que colabora para amenizar os fatores negativos da depressão e ansiedade. Evidencia-se, ao final da pesquisa que o grupo terapêutico desenvolvido no propiciava aos indivíduos melhorias nos campos afetivo, relacional, resultando também em ganhos positivos para a autoestima. Além do que, a arteterapia era promovia diversos benefícios aos participantes no grupo como expressão de emoções e autorreflexão.

O olhar antes e pós pandemia sobre os grupos terapêuticos

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

Quando questionados sobre, como era sua participação nos grupos terapêuticos anterior a pandemia da COVID-19, os participantes apresentaram falas quanto ao impacto da pandemia no serviço, como apresentadas abaixo:

> *"Antes da pandemia, a gente interagia mais, também tinha alimentação, a minha vinda ao CAPS era mais frequente, a minha participação era três vezes na semana, depois da pandemia muita coisa mudou, foi uma espécie de negatividade e perda no nosso tratamento"* ***(P.Amarelo)***
>
> *"Antes da pandemia era boa, tinha almoço, tinha brincadeiras, tinha esporte, tinha cultura. Tinha bastante grupo, muita diversidade, mas a pandemia chegou, mudou tudo".* ***(P.Azul)***
>
> *"Antigamente era bom, tinha muitos grupos, tinha o grupo de culinária, o grupo de artesanato, eu participava de ambos. No grupo de culinária, cada encontro fazíamos algo diferente, tinha vez que era bolo, outra vez, pão. Nós almoçávamos aqui, aí depois do almoço todo mundo ia embora. Tinha muita coisa aqui, agora está muito diferente".* ***(P.Rosa)***

Conforme os relatos dos participantes, os mesmos reconhecem que durante e após a pandemia da COVID-19 houve alteração na dinâmica do serviço, acarretando em redução das ofertas dos grupos e redução do cardápio de alimentação, trazendo nos discursos recordações afetivas anteriores a pandemia dos grupos que eles participavam de forma ativa.

O estudo realizado por Araújo *et al* (2021) correlaciona os desdobramentos que a pandemia da COVID-19 trouxe ao serviço e os percalços na oferta da continuidade do cuidado em saúde mental aos usuários. Posto isso, houve reestruturação das estratégias de atendimento, visando continuar a promover a reinserção social diante de um período que se exigia o isolamento social. Evidenciou-se também que os usuários sentiram a falta da convivência entre eles e junto aos profissionais, bem como a falta da rotina de frequentar o CAPS o que desencadeou sofrimento. Portanto, percebe-se a importância que o serviço tem para os usuários, sendo um espaço de referência de tratamento e cuidado.

A pesquisa de Correa (2022) dialoga com os demais autores e destaca em seu estudo as barreiras e dificuldades que o cenário pandêmico trouxe com relação aos acessos dos usuários aos serviços de atenção psicossocial. Dentro do processo de reorganização e da rotina de trabalho houve redução do número de profissionais, ficando estabelecido a presença de uma equipe mínima, logo os atendimentos se direcionaram aos acompanhamentos individuais e dispensação de medicamentos.

Os estudos de Marques Silva e Leyliane dos Santos (2023) revelou as percepções das mulheres sobre seu tratamento em um CAPS do Ceará que relataram

V.4, n.1, janeiro/2024. ISSN n° 2594-7494

dificuldades de acessarem o serviço devido a pandemia da COVID-19, bem como agravamento dos seus sintomas psíquicos.

Gomes e Oliveira (2023) ressaltam que durante a pandemia da COVID-19 as oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPS foram interrompidas, consequentemente os profissionais tiveram que se adaptarem e se reorganizarem a fim de ofertar os cuidados através das plataformas digitais. Porém, essa realidade contemplou apenas alguns usuários na modalidade virtual. Observou-se também que o período pandêmico trouxe impactos aos pacientes como a limitação de visitas domiciliares, programações externas, falta do contato físico desencadeando emoções negativas aos usuários do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa foi possível evidenciar as percepções dos usuários sobre os grupos terapêuticos realizados em um CAPS II do município de Palmas, Tocantins, mostrando a potencialidade dessa ferramenta de cuidado no que se refere a promoção de saúde, bem-estar e reinserção social, bem como o reconhecimento positivo desse recurso pelos usuários. Por isso, se faz necessário ampliar o conhecimento acerca da temática e as discussões nos serviços psicossociais e nas redes de saúde, juntamente com os usuários, profissionais e familiares a fim de fortalecer os programas e a política de saúde mental através da RAPS.

Pode-se observar pelos relatos dos participantes, que de fato, os grupos constituem-se como recurso terapêutico que contribuem de forma significativa no seu tratamento, trazendo sentido à vida do sujeito, pois estimula a comunicação, a integração, proporciona conexões emocionais, melhora a autoestima e desenvolve o protagonismo do usuário.

Os grupos terapêuticos vêm se mostrando como um espaço potente de expressão e de pertencimento enquanto sujeito social. Nesse sentido, vê-se de forma imprescindível que os trabalhadores e a gestão busquem valorização, ampliação e fortalecimento das práticas de cuidado na dimensão coletiva.

Com a presente pesquisa pode-se observar a necessidade de se realizar novos estudos, para melhor compreensão do objeto estudado. Tendo em vista que esta pesquisa centrou-se em compreender a contribuição dos grupos terapêuticos no tratamento dos usuários assistidos em um CAPS de Palmas, Tocantins, por outro lado, sentiu-se a necessidade da exploração do assunto de modo que qualifique os achados deste estudo e ou refute eles. Além do mais, durante a realização da pesquisa, observou-se que há

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

carência de mais estudos sobre os grupos terapêuticos correlacionando com os impactos que a pandemia da COVID-19 trouxe aos serviços do CAPS e consequentemente aos usuários assistidos.

Por fim, observa-se a relevância que as práticas grupais extrapolem os pontos da RAPS e sejam executadas e fortalecidas em outras esferas das políticas públicas como educação, assistência social, esporte, entre outras afim de ampliar o cuidado em saúde mental para além do CAPS.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, A. M. *et al*. **Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia**. Socepsi.2021. Disponivel em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/26435/TCCE_RMISMSPS_2022_MORAES_MONICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

AIRES JSF, VIANNA K, TSALLIS A. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: pesquisando COM a Teoria Ator-Rede.** Fractal, Rev Psicol [Internet]. 2021 Sep;33(3):212–7. Available from: https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i3/5986.

BATISTA, E. C.; FERREIRA, D. F.; BATISTA, L. K. DA S.; WESSLING, E. **Viver e Não Ter a Vergonha de Ser Feliz: Música e Produção de Sentidos num CAPS da Amazônia Ocidental. PSI UNISC**, v. 2, n. 2, p. 162-176, 20 jul. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília,2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRUNOZI NA, SOUZA SS, SAMPAIO CR, MAIER SRO, SILVA LCVG, SUDRÉ GA. **Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. Rev Gaúcha Enferm.** 2019;40:e20190008. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008.

CORREA, A. d. L. (2022). **Organização do processo de trabalho de um CAPS II durante a pandemia de SARS-CoV-2**. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_9fa501648e5007ec438de6a99f67e8c3.

CONSTANTINIDIS TC, CID MFB, SANTANA LM, RENÓ SR. **Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS.** Trends Psychol [Internet]. 2018Apr;26(2):911–26. Available from: https://doi.org/10.9788/TP2018.2-14Pt.

DOS SANTOS GOMES, J.; WOLSKI DE OLIVEIRA, R. **Oficinas terapêuticas na saúde mental no contexto de pandemia da COVID-19.** Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde, v. 3, n. 1, p. 36-51, 20 jul. 2023. Disponível em: https://revista.ghc.com.br/index.php/cadernosdeensinoepesquisa/article/view/167/85. Acesso em: 26 jan.2024.

FERREIRA, K. F.; CARVALHO, V. C. S. **Oficinas terapêuticas: caminhos de saberes.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, Sorocaba, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 82–85, 2018. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a5. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/32995. Acesso em: 26 jan. 2024.

FREITAS, B. L. de. **A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social. Revista Científica Semana Acadêmica.** Fortaleza. 2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil reinsercao-social>. Acesso em: 19 jan. 2024.

GUERREIRO, C.; MEINE, I. R.; VESTENA, L. T. .; SILVEIRA, L. de A. .; SILVA, M. P. da .; GUAZINA, F. M. N. . **Art in the context of promoting mental health in Brazil. Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 11, n. 4, p. e27811422106, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.22106. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22106.

GOMES PICOLLI, A. C.; YOKU M. DE CARVALHO, M. **Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos**. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, *[S. l.]*, v. 12, n. spec, p. 1–2, 2021. DOI: 10.14295/jmphc.v12.1092. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1092. Acesso em: 26 jan. 2024.

IBIAPINA AR DE S, MONTEIRO CF DE S, ALENCAR D DE C, FERNANDES MA, COSTA FILHO AAI. **Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental.** Esc Anna Nery [Internet]. 2017;21(3):e20160375. Available from: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0375.

MAGALHÃES, J. L. B.; BRAGA F. W. Música, cultura e arte: percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre uma oficina terapêutica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 4, p. e11974, 30 abr. 2023.

MARQUES SILVA, L.; LEYLIANE DOS SANTOS, R. **Percepções de mulheres em um centro de atenção psicossocial do Ceará**. Cadernos ESP, Fortaleza- CE, Brasil, v. 17, n. 1, p. e1117, 2023. DOI: 10.54620/cadesp.v17i1.1117. Disponível em: https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/1117. Acesso em: 21 jan. 2024.

MENEZES, G. P., & PEGORARO, R. F. (2019). Panorama de las Actividades Grupal es desarrolladas en el Centro de Atención Psicosocial (2006–2016). **Psicologia: Ciência e Profissão**, 39.

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA (ORG). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. (Serie Manuais Acadêmicos).

OLIVEIRA, V. de M. C. . **The historicity of madness and the anti-asylum struggle and deinstitutionalization in Brazil. Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e11512139729, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i1.39729. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39729.

PINTO, R. R. **A Música na Produção de Saúde Mental para usuários dos CAPS**. 2016. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2016.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SILVA, K. A. da; DALLECRODE, V. da C. F.; GALDINO, K. C. S.; SÁ, L. de O.; LEMOS, A. C. M. Effectiveness of Art Therapy as a complementary treatment of depression in the elderly. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 7, p. e14010716411, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16411. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16411.

SANTOS, F. M.; BARBOSA, H. D. de A.; SANTOS, C. C.; ALBERTO, D. P. S. **O Lazer e a Arteterapia como Coadjuvantes no Tratamento da Depressão em Belém-PA. LICERE -** Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 485–522, 2020. DOI: 10.35699/2447-6218.2020.24866.

DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA O SUS: percepção de residentes

Fernanda de Sousa Reis[1], Jamile Luz Morais Monteiro[2], Olga Maria de Alencar[3]

Resumo:
As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram instituídas em 2005 a partir da lei nº 11.129, que as define como uma pós-graduação *lato sensu* destinada às categorias profissionais da saúde. As RMS ganham espaço no contexto de reorganização da saúde no Brasil ao propor a formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) através da metodologia de ensino em serviço, tendo como cenário o próprio SUS. Partindo desse ponto, essa pesquisa teve como objetivo identificar os desafios e as contribuições da Residência Multiprofissional para o SUS, tomando como objeto de investigação a percepção dos residentes inseridos em programas multiprofissionais. Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa, de cunho exploratório, que utilizou a técnica de grupo focal para coleta de dados. A amostra é composta por residentes dos Programas de Residência Multiprofissional da Fundação Escola de Saúde de Palmas (Saúde Mental, Saúde Coletiva e Saúde da Comunidade e da Família). Foram realizados três grupos focais, um em cada programa multiprofissional, com duração entre 40 e 60 minutos. Participaram da pesquisa 15 residentes, sendo 7 de saúde mental, 5 de Saúde da Família e da Comunidade e 3 de Saúde Coletiva. 53,3% dos participantes cursavam o primeiro ano da residência, enquanto 46,7% estavam no segundo de formação. A pesquisa contou com a participação de pelo menos um profissional das seguintes categorias: psicologia, odontologia, serviço social, nutrição, farmácia, educação física, medicina veterinária e enfermagem. Após a análise dos dados, realizada com apoio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), foram identificadas as categorias: 1) O lugar do residente nos serviços de saúde: formação ou trabalho?; 2) Trabalho em equipe: tensões entre o Instituinte e o Instituído; 3) Desafios institucionais dos Programas de Residência; e 4) A Residência Multiprofissional em Saúde e sua relação com a Educação Permanente em Saúde.. Por fim, foi possível identificar como os residentes percebem os desafios e contribuições da RMS para o SUS, destacando-se a necessidade de considerar as condições em que o processo formativo ocorre com fator determinante para o alcance da proposta da RMS.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional; Desafios; Contribuições, Residentes.

[1] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, fernandadessreis@gmail.com.
[2] Universidade Federal do Tocantins, jamile@uft.edu.br.
[3] Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, olgaalencar17@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 no contexto de redemocratização do país e fruto do movimento da Reforma Sanitária. A criação desse sistema tencionou, entre outras coisas, mudanças na forma como a saúde é definida e como os serviços de saúde se organizam. Isso se deu, especialmente, pela adoção de um conceito ampliado de saúde e a proposição do cuidado da saúde ser realizado de forma integral, abrangendo várias dimensões da vida, em oposição ao modelo biomédico e hospitalocentrico.

Essa perspectiva se materializou na legislação do SUS como o princípio da integralidade. Paim (2012, p.466) lembra que a Reforma Sanitária concebeu a integralidade a partir de quatro pontos:

> "1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.), que incidissem sobre as condições de vida e a determinação social da saúde, mediante ação intersetorial."

O surgimento do SUS pautado nessas perspectivas implicou a inserção de novas categorias profissionais para contemplar a concepção integral do cuidado, mas acima de tudo demandou profissionais que pudessem atuar em consonância com os princípios e diretrizes orientadores desse complexo sistema. Nesse cenário surge a justificativa para a existência das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS): "a busca por um atendimento que considere as necessidades múltiplas de saúde e uma proposta de trabalho coletivo em saúde e de uma ação interdisciplinar" (Silva, 2008, p.205).

Assim, em 2005, a RMS foi criada como uma estratégia para a formação de recursos humanos na área da saúde pública. Oficialmente instituída pela Lei n.º 11.129 de 30 de junho de 2005, essa modalidade de formação, além de objetivar produzir mão de obra qualificada para atuar no SUS, é uma das estratégias empenhadas para produzir mudanças nos modelos de formação profissional e de atenção à saúde.

A modalidade de Residência Multiprofissional se distingue da Residência Médica e Uniprofissional, dentre outros fatores, pelo fato de concentrar diferentes categorias profissionais em um único programa, uma vez que as demais citadas são formadas por apenas uma categoria profissional. Segundo a lei n.º 11.129 (Brasil, 2005), que instituiu as RMS no Brasil, essas são definidas como uma pós-graduação *lato sensu* destinada às categorias

profissionais da saúde, com exceção da médica: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

As citadas categorias integram equipes com diferentes profissionais e em diferentes cenários por um período mínimo de dois anos. Durante esse período, a RMS se efetiva por meio do ensino em serviço, integrando ensino-serviço-comunidade, através da parceria entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de realizar a inserção qualificada dos trabalhadores da saúde no SUS, levando em conta as áreas prioritárias do sistema de saúde e as necessidades e realidades locais. Trata-se de uma modalidade de dedicação exclusiva realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade compartilhada entre os setores da educação e da saúde, com a obtenção do título de especialista ao final (Brasil, 2012; Brasil, 2005).

Uma grande potencialidade da RMS é favorecer a construção de uma formação em saúde alinhada às necessidades do SUS. Como aponta Silva (2018), o foco da proposta da RMS na integralidade do cuidado e no trabalho interprofissional tem capacidade de superar a lógica da fragmentação dos saberes e fazeres. Por outro lado, o alcance dessa potência "exige condições para a sua realização, caso contrário torna-se uma potência de formação em termos estritamente retóricos" (p. 207), fazendo com que o sucesso desse projeto esbarre, por vezes, nos desafios micro e macropolíticos da saúde pública.

O interesse por esse estudo surgiu da minha experiência como residente do programa de saúde mental e de vivenciar cotidianamente as potências e os desafios da RMS no SUS. Foi provocado pelas conversas informais com colegas residentes e preceptores de diferentes categorias e programas, que diziam grande parte do que está escrito aqui, e me fez desejar registrar isso em algum lugar. Sendo assim, esse trabalho propõe apresentar a percepção dos residentes de programas de RMS da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas quanto às contribuições e os desafios da Residência Multiprofissional para o SUS na realidade local.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de campo de cunho qualitativo e exploratório que utilizou como técnica de coleta de dados o grupo focal. Realizou-se um grupo focal em cada um dos três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Programa Integrado de Residência em Saúde (PIRS) da FESP: **Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva.**

A coleta de dados foi realizada remotamente entre outubro e novembro de 2023, via *Google Meet*. Os discentes dos programas de Saúde Mental, Saúde Coletiva e Saúde da Família e da Comunidade receberam o convite e link do formulário de inscrição para a pesquisa nos respectivos grupos de *Whatsapp* exclusivos de cada programa. Obedecendo às normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para a realização de pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (Brasil, 2021), o formulário para adesão a pesquisa apresentou o Termo de Consentimento Livre e Informado – TCLI para anuência dos participantes.

Participaram residentes que ingressaram nos Programas de Residência Multiprofissional nos anos de 2022 e 2023, matriculados e atuando em seus respectivos programas no momento da coleta de dados. Como instrumento de registro dos dados, utilizou-se um gravador. Os conteúdos gravados foram transcritos na íntegra e analisados com apoio da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977). O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e gerou parecer de número 6.328.450.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 15 residentes dos Programas de Residência Multiprofissional, sendo 7 de saúde mental, 5 de Saúde da Família e da Comunidade e 3 de Saúde Coletiva. 53,3% dos participantes cursavam o primeiro ano da residência, enquanto 46,7% estavam no segundo de formação. A pesquisa contou com a participação de pelo menos um profissional das seguintes categorias: psicologia, odontologia, serviço social, nutrição, farmácia, educação física, medicina veterinária e enfermagem.

A partir dos dados coletados dos participantes nos 3 grupos focais, foram identificadas as seguintes categorias de análise, considerando o critério repetição: 1) O lugar do residente nos serviços de saúde: formação ou trabalho?; 2) Trabalho em equipe: tensões entre o Instituinte e o Instituído; 3) Desafios institucionais dos Programas de Residência; e 4) A Residência Multiprofissional em Saúde e sua relação com a Educação Permanente em Saúde.

1) O lugar do residente nos serviços de saúde: formação ou trabalho?

Nessa categoria os residentes relataram as dificuldades advindas de estar inserido no SUS a partir de uma dupla posição: trabalhador e estudante. No cotidiano isso se traduz, por

um lado, em experiências como ser confundido com estagiários, desconfiança por parte de outros trabalhadores quanto a competência técnica dos profissionais residentes, invalidação do saber do residente e não ser convocado a assumir atribuições nos fluxos de serviços. Os participantes também destacam que a maioria dos servidores dos cenários práticos desconhecem o que é a residência, seus objetivos e como seu processo ocorre:

> "Nós estamos ali no processo de formação, que é a teoria e a prática. Só que isso não é compreendido por eles (equipes fixas). Eles acham que ali é um estágio, que não é uma prática." (P1)
>
> "Então, eu cheguei lá [primeiro dia no cenário prático] e aí eu não sabia de onde era a sala. Perguntei na recepção. O senhor que estava lá não entendeu direito o que eu queria. Ele falou, senta lá, perto daquela porta lá. Falei, tá bom, vou sentar perto daquela porta e esperar alguém chegar." (P5)

Por outro lado, os participantes destacam que o residente é convocado a assumir integralmente responsabilidades por seus núcleos, suprindo a escassez de mão de obra nos serviços de saúde. Um exemplo disso é relatado por um participante que passou a assumir integralmente atribuições por um setor após a demissão da servidora responsável: **"*A sensação que tive é que eu tive que aprender mais de 20 anos do que ela [servidora demitida] sabia, em menos de três dias. Então eu sentava lá e era uma metralhadora [de informação]. E eu não podia perder nada*"** (P.14)

Esse mesmo fato foi apontado por Fernandes, Da Silva Filho e Nunes (2017) ao relatar a experiência de residentes de programas da RMS englobados na pesquisa aqui apresentada. Segundo esses autores, percebeu-se falta de consenso entre os profissionais da saúde atuantes no município quanto ao papel do profissional residente, ocorrendo manejo da atuação dos profissionais residentes em prol das necessidades institucionais, como ajuste ao quadro de servidores.

Essa situação não se trata de uma particularidade do cenário pesquisado, já que foi constatado em outras experiências de residentes no país (Silva ; Dalbello-Araújo, 2020 ; De Queiroz Maia ; Goya, 2016 ; Lima et al, 2020). Martins, Kuss e Wünsch (2019) destacam que esse é um tipo de inserção precarizada dos profissionais residentes nos serviços de saúde e que o caracteriza como mão de obra barata. Assim se configura quando residentes ocupam funções que deveriam ser exercidas por servidores públicos, aliado ao fato de RMS não caracterizarem vínculo trabalhista e não representarem custo para as instituições envolvidas, já que é custeada por verba do governo federal.

Um dos motivos dessa forma de inserção dos residentes nos serviços de saúde são "dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios para manter profissionais da saúde para compor, por exemplo, equipes do Nasf ou da ESF, dado o subfinanciamento do SUS, destacando a necessidade de aumentar os recursos financeiros disponíveis"(De Queiroz Maia ; Goya, 2016, p.73.), somado à falta de debate acerca da proposta das RMS (Ramos et al, 2006), e a falta de uma compreensão hegemônica sobre o papel dos atores envolvidos no processo da residência (Varela, 2021), inclusive por parte dos próprios residentes.

Como consequência dessa inserção precarizada do profissional residente, em que assume o papel de suprir a ausência de mão de obra nos serviços de saúde, ocorre a priorização das atividades práticas em detrimento das atividades teóricas, percebida pelos participantes pesquisados como uma interferência negativa no processo formativo:

> "Geralmente a gente chega nos cenários e a gente é entupido de serviço." (P14)
>
> "A gente parece que é só absorvido por tudo isso [sobrecarga de trabalho], que a gente não vive a vida de residente no sentido de que a gente também tá num processo de aprendizagem e que isso se compõe de outras coisas." (P9)

Além do já alertado risco de descaracterização da proposta de formação da residência (Ramos et al., 2006), é necessário lembrar que as RMS, dada a sua natureza, "devem prezar por espaços mais criativos, de trocas e articulação dos serviços em rede, na perspectiva da prestação com qualidade aos usuários do SUS" (Rodrigues, 2016). Isso é reconhecido pelos residentes ouvidos: ***"Então, tem que existir esse espaço também para o residente produzir coisas novas, né? Não só repetir o que já está ali e ter mais um soldadinho ali, né? Dentro do serviço, né?"*** (P2).

A garantia desse lugar criativo e de aprendizagem na residência põe em jogo o alcance dessa proposta de formação, como apontado por um participante: **"*Então você entra numa residência e às vezes você sai um profissional que reproduz práticas estigmatizadas que já estão nos serviços, porque não priorizam você aprender*"** (P8). Assim, destacamos a necessidade do debate relacionado ao papel da residência multiprofissional no cenário pesquisado, considerando os objetivos que norteiam a proposta desse modelo de formação e os atores que compõem esse processo.

Por fim, a falta de uma compreensão hegemônica quanto ao lugar do residente nos serviços de saúde parece afetar a produção de sentido dos próprios residentes em torno do seu trabalho. Percebeu-se entre os participantes um discurso de desvalorização e menos valia quanto a sua posição nos serviços de saúde. Esse sentimento está ligado ao não

reconhecimento do residente enquanto profissional formado e dificuldades de vinculação com as equipes fixas dos campos de atuação, que acarreta um sentimento de falta de pertencimento aos cenários.

2) Trabalho em equipe: tensões entre o Instituinte e o Instituído

Em relação ao trabalho em equipe, os participantes apontaram uma fragilidade na vinculação entre equipes fixas dos cenários práticos e residentes, com relatos de pouca abertura para construção de vínculo e baixa disponibilidade dos servidores em orientar e inserir os residentes no processo de trabalho:

> "Eu acho que eles pensam assim: está chegando mais alguém que não sabe de nada e a gente vai ter que passar de novo. Aí, quando essa pessoa já tiver aprendido alguma coisa, ela vai sair. Então, não tem uma preocupação muito grande em construir vínculo com a gente, sabe?" (P1)

Essa dificuldade na vinculação, por vezes, é acompanhada de tensões de diferentes naturezas que afetam a organização do trabalho e produzem fragmentações entre as equipes:

> "A gente não consegue fazer atendimento compartilhado, não tem mesmo, assim, um espaço mínimo." (P6)

> "Em uma unidade, o ACS é sempre muito raro falar com a gente, mesmo que a gente esteja disposto e aberto a tudo. Então, é mais complicado e a relação é mais distante." (P9)

Os participantes destacam ainda dificuldade de trabalhar em equipe em decorrência das diferentes lógicas de trabalho nas instituições de saúde, especialmente pela fragmentação do trabalho, hierarquização dos saberes, predominância do modelo biomédico e as resistências dos trabalhadores fixos dos serviços às mudanças propostas por novos profissionais. Somado a esses fatores, ao chegar nos cenários, os residentes citam deparar-se com trabalhadores cansados, desestimulados e adoecidos.

> "Então, parece que alguns profissionais ainda têm a percepção de cada qual o seu cada qual: faço meu trabalho, compete a mim, e você faz o seu trabalho. Então, assim, não mistura muitas coisas." (P6)

> "Equipes cansadas e desmotivadas dificultam as novas práticas." (P15)

Para analisar as dinâmicas relacionais estabelecidas descritas, consideramos importante a análise do cenário onde ocorre a inserção dos profissionais residentes, como

destaca Rodrigues (2016). Essa autora afirma que “no transcorrer histórico da construção do SUS, inserido em uma política pública de saúde, tem-se processos articulados às transformações do mundo do trabalho com consequências centrais aos trabalhadores” (p.77). Trata-se, portanto, de reconhecer a existência de cenários atravessados pela intensificação da precarização do trabalho (Machado et al, 2023), e pelo agravamento das já precárias condições de trabalho na saúde após a Pandemia de Covid-19 (Machado; Vargas, 2023).

Assim, “a inserção de equipes de residentes neste âmbito oportuniza tensões de diferentes naturezas” (Rodrigues, 2016, p.78). O debate acerca dessas tensões se amplia se considerarmos as RMS como forças instituintes indutoras de mudanças (Lago, 2019). Por isso, recorremos à análise institucional para auxiliar na tarefa de discutir as complexas relações produzidas dentro do cenário pesquisado. Vejamos, primeiramente, alguns conceitos chaves para a nossa discussão: instituição, instituído e instituinte.

As instituições, segundo Baremblitt (1996, p. 177), “são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação, podem estar expressas em leis, princípios ou fundamentos, em normas ou pautas". No interior das instituições, ocorre a dialética instituinte-instituído, sendo o primeiro a “contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social’’, e o segundo “a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)” (Lourau, 2004, p. 47).

Assim, os profissionais residentes adentram a instituições que já possuem suas normas, valores, modos de fazer e dinâmicas estabelecidos e incorporados pelos membros das instituições. A inserção desses novos profissionais — que se orientam por diretrizes pedagógicas que visam mudanças na formação, no trabalho e gestão na saúde — constitui um movimento instituinte que se tensiona com o instituído. Dentre estas tensões, destacam-se as forças conservadoras do instituído, surgindo na forma de resistência às novas propostas e às propostas de mudanças na lógica de trabalho, como aponta a fala de um participante: **“*É comum ouvir [dos trabalhadores]: eu tenho x anos aqui, e é desse jeito que funciona*”** (P14).

Essa reação ao instituinte representa uma resistência às mudanças mobilizadas por ele, já que o instituído “reflete na tendência de permanecer estático e imutável” (BAREMBLITT, 1996, p. 157). Ao considerar que a própria história do SUS, especialmente a reforma sanitária brasileira, trata-se de um constante dilema entre o instituinte e o instituído (Fleury, 2009), a tensão entre os cenários práticos e a RMS pode representar, inclusive, um choque entre as

práticas tradicionais em saúde e um novo modelo de cuidado (baseado em uma abordagem multiprofissional), uma vez que o campo de atuação (os serviços de saúde) da RMS é marcado pela hegemonia do modelo biomédico (Silva ; Dalbello-Araújo, 2020).

Por outro lado, ao mesmo tempo que figura um desafio, o trabalho em equipe também é apontado pelos participantes da pesquisa como uma grande contribuição da RMS para o cenário estudado. O valor dessa contribuição é atribuído pelo fato de o trabalho desenvolvido por profissionais residentes objetivar o desenvolvimento de práticas baseadas na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. Segundo as definições realizadas por Marina Peduzzi, a multiprofissionalidade "consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais" (2001, p.108). Já a interdisciplinaridade em saúde ocorre "com base na interação e na integração das diferentes disciplinas de cada área" (et al, 2013, p. 980).

Essa contribuição é percebida no cenário pesquisado através do fomento ao trabalho em equipe em uma perspectiva multiprofissional, da articulação intra e intersetorial, da proposição de ações que visem o cuidado integral do usuário e através do uso de dispositivos como a clínica ampliada, o matriciamento e o Projeto Terapêutico Singular. Os participantes também relatam notar que profissionais egressos de programas de residência em saúde e reinseridos no SUS (embora poucos) possuem maior abertura para o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional. Todavia, a maior partes dos residentes reinseridos no SUS eram egressos da residência médica.

Ademais, um fator determinante para o desenvolvimento de novas atividades nas instituições de saúde que recebem a residência é a motivação. Os participantes da pesquisa apontam que os profissionais residentes chegam aos cenários com muita motivação, desejo de desenvolver seus trabalho e curiosidade. Esse processo por vezes contagia as equipes, que se mobilizam para inserir os novos profissionais nos serviços.

Dessa maneira, o trabalho em equipe é transformado pela RMS a partir da inserção dos profissionais residentes em processo formativo, que nutrem práticas colaborativas, multiprofissionais, interdisciplinares e alinhadas aos princípios do SUS, como estabelecido na proposta da Residência Multiprofissional (Brasil, 2014). Essa contribuição não se encerra quando os residentes deixam os cenários práticos, pois é percebida como uma competência de profissionais egressos da RMS.

3) Desafios institucionais dos Programas de Residência: Não basta formar para SUS, é preciso incorporar os residentes no SUS.

Quanto aos desafios institucionais, os residentes relataram a necessidade de maior suporte das instituições envolvidas no processo da residência em saúde. Citam como dificuldades: falhas de comunicação entre as instituições, processos demasiadamente burocráticos, instabilidades dos processos formais da residência, necessidade de maior apoio pedagógico, insuficiência de capacitação profissional para as demandas cotidianas, e a necessidade de mais articulação entre as instituições palco da residência. Em pesquisa realizada no mesmo cenário por Guimarães e Carrasco (2020), alguns desses fatores que compõem o processo da residência foram apontados como causas estressoras entre os residentes.

Ademais, os participantes apontam a dificuldade das instituições envolvidas no processo da residência em darem continuidade a projetos e iniciativas desenvolvidas por eles após a saída de suas turmas dos cenários práticos. Isso resulta na interrupção de projetos iniciados nos serviços de saúde (como grupos terapêuticos e ações de educação permanente), a perda de materiais produzidos no decorrer das unidades educacionais e até mesmo a descontinuidade do cuidado de usuários que eram acompanhados majoritariamente por profissionais residentes.

Outra preocupação dos residentes tem sido a incerteza quanto à sua reabsorção pelo SUS após a conclusão da especialização. Apesar das poucas pesquisas envolvendo egressos da RMS no SUS, um estudo de abrangência nacional de Flor (et al, 2021) aponta que menos da metade (47,9%) dos especialistas formados pelas RMS voltados à Atenção Primária em Saúde entre 2015 e 2019 voltaram a trabalhar no SUS. Essa é uma realidade constatada pelos participantes da presente pesquisa no cenário local, que citam a presença de poucos ou nenhum profissional egresso dos programas de residências multiprofissionais nos cenários em que atuam: "***Porque têm residência há muitos anos, mas a gente não vê a volta dos residentes para o SUS"*** (P5).

Isso produz questionamentos sobre a valorização da proposta da RMS e sua efetividade enquanto formação de recursos humanos para o SUS. Também revela a ausência de políticas de contratação de mão de obra para o SUS que favoreçam o ingresso de especialistas formados pelos programas de RMS. Exemplo disso são os concursos públicos que contam com a etapa de avaliação de títulos, que equiparam a pontuação da formação pela

RMS a outras modalidades de pós-graduação *lato sensu*, sendo inferior à da pós-graduação *stricto sensu*. (Almeida, 2020).

4) A Residência Multiprofissional em Saúde e sua relação com a Educação Permanente em Saúde

Os residentes apontam que a articulação entre teoria e prática proposta de formação na RMS reflete em suas contribuições para os cenários práticos de atuação. **"*Acho que na residência, um ponto positivo é justamente por a gente estar nesse espaço entre teoria e prática, de alinhar teoria e prática. Eu acho que é extremamente rico*"** (P1). Isso se reflete no cotidiano como práticas atualizadas, e indutoras de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A RMS é tida como um campo intercessor para o incremento de ações da EPS (Silva, et al, 2016). Conforme Ceccim (2005), a EPS possui um caráter pedagógico que implica a atualização da prática cotidiana em saúde de acordo com as referências teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas mais recentes. Por outro lado, a EPS é sobretudo uma prática que se desenvolve na dimensão relacional no interior das equipes de saúde, que possibilita "invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas" (Brasil, 2014).

Nesse caminho, EPS no âmbito da RMS acontece principalmente a partir dos encontros entre os atores envolvidos. Uma participante lembra uma experiência vivida na residência que remete à potência do encontro entre residentes e os trabalhadores fixos dos serviços:

> "Eu lembro de ter um dia, num desses cenários de prática, ter tido uma conversa muito legal com uma profissional sobre a importância da gente levar em consideração o conceito de raça para quando a gente pensa a saúde do usuário, né? E foi uma conversa super, assim, descontraída, mas foi algo que a profissional pegou e depois eu começava a observar que ela falava: 'não, vamos ver aqui, olha, ela [usuária] é uma mulher preta… é um homem preto… então vamos olhar para esse determinante também, né?' (P5)

A EPS também acontece nos encontros entre os integrantes da residência, a exemplo das preceptorias, unidades teóricas, eventos científicos da residência, capacitações e outros espaços coletivos. Esses espaços possibilitam trocas de informações e experiências entre os envolvidos e propicia a construção de conhecimentos que são levados para a prática cotidiana. Essas zonas de encontros favorecem ainda a comunicação, a articulação e o conhecimento da

rede, já que o profissional entra em contato com outros residentes inseridos em outros pontos da rede de saúde.

Ainda em decorrência da presença em espaços que intercalam teoria e prática, os residentes levam novos olhares e instrumentos para os serviços que estão inseridos, possibilitando a identificação das necessidades de gestão do trabalho e da assistência à saúde:

> "Acho que a grande potência é isso, né: é formar profissionais que conseguem pensar criticamente, que conseguem fazer uma leitura da realidade, que conseguem fazer um diagnóstico da situação e que conseguem pensar e produzir saúde a partir de dados, a partir de informações." (P13)

Um exemplo disso é a realização do Diagnóstico Situacional em Saúde no momento em que os profissionais residentes são inseridos nos cenários, dando subsídio para uma prática alinhada às demandas do território. Também são citados processos de qualificação do processo de trabalho conjuntamente com os demais profissionais dos cenários práticos através da construção de protocolos de atendimento, atualização de fichas de registros, e elaboração de novos fluxos de atendimento.

A RMS também fomenta a atualização dos conhecimentos da prática profissional, a partir de sua orientação formativa composta por uma grande carga teórica: "***Querendo ou não, a gente passa por um processo de formação, que de alguma forma está saindo o nosso olhar para essas questões que talvez pessoas que se formaram antes da gente talvez não tenham*"** (P3).

Algumas fragilidades percebidas foram a não priorização das atividades de EPS nos serviços e a ausência de planejamento e execução de atividades coletivas, tais como grupos e reuniões de equipe. Assim, destaca-se a importância da valorização da EPS como prática cotidiana nos serviços e a necessidade da criação de espaços coletivos para os trabalhadores da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou a percepção dos profissionais residentes quanto aos desafios e as contribuições da Residência Multiprofissional para o SUS. Os desafios identificados estão ligados à falta de uma compreensão hegemônica quanto ao lugar do residente nos serviços de saúde, à precarização do trabalho residente, às tensões no trabalho em equipe geradas pelo choque entre o instituído e o instituinte e a falta de suporte institucional. Já as contribuições

são citadas no âmbito do trabalho em equipe em uma lógica multiprofissional e interdisciplinar e no fomento à educação permanente em saúde. Esses dados põem em dúvida o alcance da proposta de formação que ancora os programas de RMS, uma vez que as condições de formação no qual os participantes estão inseridos podem interferir na potência deste modelo. Surge também um questionamento quanto ao fruto desse investimento na RMS para a saúde pública no cenário local, uma vez que a mão de obra qualificada para atuar no SUS não é re-inserida nesse sistema.

Apesar disso, a RMS é apontada como um diferencial para os serviços em que está inserida, se configurando um movimento instituinte e produzindo mudanças, mesmo que pequenas, na formação e na atenção à saúde. A melhoria das condições em que o processo formativo ocorre possibilitará a efetivação da potência da RMS enquanto formadora de profissionais alinhados às necessidades e princípios do SUS. Por fim, destacamos como desafio para a escrita desse trabalho o fato da autora está inserida no processo investigado, a ausência de publicações sobre a residência multiprofissional no município de Palmas e a impossibilidade de acessar estudos produzidos no âmbito da FESP, uma vez que o repositório de trabalho se encontra inacessível.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: ed. 70, 1977.

BAREMBLIT, Gregório F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação permanente em saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 2021.

DE QUEIROZ MAIA, Ítala Maria; GOYA, Neusa. PERCEPÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 15, n. 2, 2016.

FERNANDES, Daniela Aparecida Araujo; DA SILVA FILHO, David Antonio; NUNES, Jonatha Rospide. POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL: A VISÃO DOS RESIDENTES EM SAÚDE A PARTIR DOS CENÁRIOS DE ATUAÇÃO. **Humanidades & Inovação**, v. 4, n. 2, 2017.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FLOR, Taiana Brito Menêzes et al. Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

GUIMARÃES, Eudimara Moreira; CARRASCO, Leny Meire Correa Molinari. Fatores de estresse em residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade de Palmas-TO.

LAGO, Luana Pinho de Mesquita. Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa sócio-clínica. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LIMA, Mediury MoaraPissaia de et al. Fragilidades e desafios enfrentados por residentes multiprofissionais de um hospital escola. **Nursing (Ed. bras., Impr.)**, p. 8854-8865, 2022.

LOURAU. René. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (Org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004.

MACHADO, Maria Helena et al. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 2809-2822, 2023.

MACHADO, M. H., *et al.* Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2023, vol. 28, no. 10, pp. 2773–2784 [viewed 23 November 2023]. https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/TnLWQkSZfFh7ZhPJ3DyfDkK/

MARTINS, Juliana; KUSS, Cristine; WÜNSCH, Dolores Sanches. A precarização dos Programas de Residência em Saúde: uma faceta da tentativa de desmonte do SUS. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 81-95, 2019.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de saúde pública, v. 35, p. 103-109, 2001.

RAMOS, A. de S. et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. **Brasil. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF): Ministério da Saúde**, p. 375-90, 2006.

RODRIGUES, T. de F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 15, n. 1, p. 71–82, 2016. DOI: 10.20396/sss.v15i1.8647309. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309. Acesso em: 6 jan. 2024.

SILVA, Cinthia Alves da; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. Saúde em Debate, v. 43, p. 1240-1258, 2020.

SILVA, Cristiane Trivisiol da et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

VARELA, Luisa Bohnenberger et al. A percepção dos atores envolvidos sobre um programa de residência multiprofissional de saúde.

O CUIDADO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE A COVID-19 EM PALMAS-TO

HEALTH CARE FOR THE POPULATION IN A HOMELESS SITUATION DURING COVID-19 IN PALMAS-TO

Juliana Gomes Martins 1
Ludimila Ines Nunes Prestes 2
Juliana Santos Simões 3

Resumo: *Esta pesquisa propôs-se a examinar de que maneira a Pandemia da Covid-19 influenciou no cuidado à saúde da População em Situação de Rua no município de Palmas-TO. Nesse sentido, empregou-se uma abordagem metodológica que integrou elementos de pesquisa exploratória, bibliográfica, documental, de campo e de natureza qualitativa. A análise dos dados fundamentou-se na técnica da Análise de Conteúdo, revelando, por meio dos discursos dos participantes, que durante o período pandêmico, essa população experimentou alterações abruptas em seu modo de vida, impulsionadas pelo isolamento social, desemprego e um aumento no risco e agravos à saúde. Tais fatores contribuíram para o aumento dessa população. Contudo, registrou-se um número relativamente baixo de casos positivos de Covid-19 entre os participantes da pesquisa, indicando possivelmente a efetividade das ações de cuidado à saúde implementadas pela Equipe do Consultório na Rua, durante o auge da pandemia.*

Palavras-chave: *Covid-19. População em Situação de Rua. SUS.*

Abstract: *This research aimed to examine how the Covid-19 Pandemic influenced the health care of the Homeless Population in the municipality of Palmas-TO. In this sense, a methodological approach was used that integrated elements of exploratory, bibliographic, documentary, field and qualitative research. Data analysis was based on the Content Analysis technique, revealing, through the participants' speeches, that during the pandemic period, this population experienced abrupt changes in their way of life, driven by social isolation, unemployment and an increase in risk and health problems. These factors contributed to the increase in this population. However, there was a relatively low number of positive cases of Covid-19 among research participants, possibly indicating the effectiveness of the health care actions implemented by the Consultório na Rua Team, during the height of the pandemic.*

Keywords: *Covid-19. Population in a Homeless Situation. SUS.*

1 Especialista em Saúde Mental pela FESP/CEULP, Psicóloga Efetiva da Prefeitura Municipal de Palmas, lotada no Centro de Atenção Psicossocial II. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5994177313599028. ORCID: https://orcid.org/ 0009-0002-6709-9140. E-mail: j.gmartins.psi@gmail.com

2 Mestra pela PUC-GO. Psicóloga Efetiva da Prefeitura Municipal de Palmas, lotada na Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5018265771406695. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8794-5036. E-mail: ludimilaprestes82@gmail.com

3 Mestra em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9943938017659869. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6120-665X. E-mail: juh.simoes@hotmail.com

Introdução

A pandemia da Covid-19 promoveu mudanças inesperadas na vida das pessoas e os primeiros relatos acerca do Novo Coronavírus (a Covid-19) causado pelo SARS-COV-2, bem como sua disseminação, partiram da cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Nessa ocasião, achava-se que era um tipo de pneumonia de causa desconhecida, porém, outros patógenos respiratórios, como Influenza, Gripe Aviária, Adenovírus, Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-COV), Coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-COV), foram descartados como causa. No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia pelo Novo Coronavírus, denominada Covid-19. (Who, 2020a) (Who, 2020b) (Who 2020c).

Diante desse contexto, a pandemia da Covid-19 influenciou significativamente o modo de viver de toda população mundial, agravando, sobretudo, as vulnerabilidades da população em situação de rua (PSR).

A PSR é descrita pela Política Nacional como um:

> grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009a, p.1).

O contingente da PSR tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Em 2020 estimou-se que o contingente era de 221.869 pessoas em situação de rua no Brasil, sendo que, mais da metade dessa população se encontra na Região Sudeste. Na região norte em que se situa Palmas -TO, é significativo o aumento da PSR também nessa região: em setembro de 2012 havia 3.218 pessoas em situação de rua e em março de 2020 esse número praticamente triplicou, totalizando 9.626 PSR, em todo país, provavelmente resultado de questões fronteiriças em alguns Estados (Natalino, 2020).

Viver na rua pode ser considerado tanto a causa quanto consequência de problemas de saúde, pois existem pessoas que vão viver na rua e adoecer, bem como, pessoas que adoecem e, por isso, vão viver na rua. São diversos os riscos que essa população vivencia, dentre eles: violência, alimentação incerta e em baixas condições de higiene, água de baixa qualidade e pouco disponível, privação de sono, privação de afeição, variações climáticas, cobertura limitada pelas equipes de Saúde da Família, falta de tempo devido ao trabalho, para buscar atendimento ou cuidado para a saúde, ou até mesmo, vergonha de adentrar uma Unidade Básica de Saúde devido as condições de higiene e vestimenta (Brasil, 2012).

Durante a pandemia, o modo de viver dessa população foi modificado e tornou-se ainda mais fragilizado. Uma pesquisa realizada em 2020 analisou a maneira como a PSR vivenciou o início da Pandemia no município do Rio de Janeiro. Com o decreto do isolamento social, fechamento dos comércios e redução de transeuntes, aqueles que eram invisíveis diante da população em geral, tornaram-se mais visíveis devido o esvaziamento das ruas durante este período e a falta de um local para cumprirem o decreto estabelecido (Paula, 2020). Porém, o estigma associado a PSR se agravou ainda mais com a ideia de que estes pudessem ser os transmissores da doença devido às condições em que vivem. Ainda, foi relatado nesta mesma pesquisa que durante esse período não houve facilidade de acesso ao atendimento de saúde pelas Unidades de Saúde da Família (USFs), o que fragilizou ainda mais o modo de viver desta população.

Silva, Natalino e Pinheiro (2020) analisaram algumas iniciativas e medidas emergenciais adotadas em algumas capitais da região Nordeste e Sudeste do país (regiões com maior concentração desta população) para a PSR no contexto da pandemia, tais como: abrigamento (novas unidades de acolhimento, criação de unidades provisórias, implantação de unidades específicas para doentes, suspeitos ou pessoas em grupo de risco, concessão de recurso para aluguel), alimentação

(ampliação do horário de atendimento dos restaurantes populares com entrega de marmitas para evitar aglomeração), higiene (fornecimento de kits de higiene, higienização reforçada em unidades de acolhimento, instalação de equipamentos de limpeza em vias públicas), saúde (intensificação, ampliação e concentração das atividades das equipes de consultório na rua para combate à Covid-19).

Diante dessas medidas, vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica descreve na Portaria nº 2.488 (Brasil, 2011a) que, a atenção à saúde da PSR, como de qualquer outro cidadão, é dever de todo e qualquer profissional do SUS. Para tanto, é importante ressaltar a importância das ações em saúde desenvolvidas pela Equipe do Consultório na Rua (eCR), que se configura como uma estratégia da Atenção Básica composta por uma equipe multiprofissional que atua de forma itinerante com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde da PSR (Brasil, 2011b).

A eCR de Palmas-TO é constituída pela Modalidade I, a qual é composta por 01 Agente Social, 01 profissional Técnico de Enfermagem, 01 profissional da Enfermagem, 01 profissional do Serviço Social, 01 profissional da Medicina e ainda conta com o apoio de 01 Motorista. A eCR realiza busca ativa diária tanto da PSR já em acompanhamento, quanto daquelas que ainda não possuem vínculo com a equipe, estas últimas quando ocorre articulação com os serviços da rede de atenção à saúde e a sociedade civil que solicitam apoio da equipe via telefone, e-mail e/ou por ofício (Palmas, 2023).

Diante do exposto, a análise da ocorrência da Pandemia da Covid-19 e sua influência na População em Situação de Rua fez-se relevante devido ao contexto de vulnerabilidade que essa população se encontra, possibilitando maior agravo à saúde desta, haja vista, a fragilidade em que se encontra.

Objetivo Geral

- Analisar de que maneira a pandemia da Covid-19 influenciou no cuidado à saúde da População em Situação de Rua no município de Palmas-TO.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil epidemiológico em nível local da População em Situação de Rua;
- Verificar se houve crescimento no número da População em Situação de Rua no município de Palmas-TO;
- Identificar como se deu o acesso aos dispositivos de saúde pela População em Situação de Rua em Palmas-TO durante o auge da Pandemia da Covid-19 em 2020-2021.
- Analisar as mudanças no modo de viver da População em Situação de Rua em Palmas-TO durante o contexto pandêmico.

Metodologia

Trata-se de pesquisa exploratória, documental e qualitativa realizada com a População em Situação de Rua do município de Palmas-TO, em que a pesquisadora acompanhou a eCR e as abordagens realizadas, uma vez por semana, entre os meses de junho e agosto de 2023. A análise dos dados coletados se deu por meio da técnica de Análise de Conteúdo conforme proposto por Bardin (2016) divido em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise constituiu o ponto de partida, ocasião na qual ocorreu a escolha dos materiais que foram analisados, a formulação das hipóteses e os objetivos da pesquisa. Na segunda fase ocorreu a exploração dos materiais previamente selecionados. Já na terceira fase ocorreu o tratamento dos resultados, interpretações e seleção dos mesmos, bem como inferências e interpretações referentes à pesquisa.

Os critérios de inclusão para a participação nesta pesquisa foram: pessoas em situação de rua acima de 18 anos de idade; que estivesse em situação de rua durante o auge da pandemia da Covid-19, que de seu em 2020-2021; que estivessem em acompanhamento pela eCR e que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, considerando os aspectos éticos de pesquisas realizadas com seres humanos. Vale ressaltar que, dos participantes não alfabetizados e/ou impossibilitados de assinar o próprio nome à punho, foi coletada a impressão digital.

Foram desconsiderados, os indivíduos que não tinham cadastro no e-SUS (prontuário eletrônico) e que não compareceram por duas vezes no dia programado para a coleta de dados. A coleta dos dados desta pesquisa ocorreu após a aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 68046623.1.0000.9187.

Para fins de comparação no quantitativo da população em situação de rua, realizou-se uma pesquisa documental a partir do Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA) do ano de 2019 (Palmas, 2019), que antecedeu a pandemia e também do ano de 2023, considerado o período pós-pandêmico (Palmas, 2023).

Na pesquisa de campo, a partir da amostragem não probabilística por conveniência, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, que foram gravadas para posterior transcrição, contendo questões referentes à saúde atual, histórico de Covid-19 e como se deu o acesso à saúde durante este período, abandono de algum tipo de tratamento e demais comentários que o participante desejasse fazer.

Desenvolvimento, resultados e discussão

Visando a análise dos dados obtidos na pesquisa documental, verificou-se que houve aumento no número da População em Situação de Rua no município de Palmas-TO, pois em 2019, ano que antecedeu o início da Pandemia da Covid-19, haviam cerca de 108 PSR acompanhada pela eCR (Palmas, 2019). Já no 3º RDQA (Palmas, 2023), o número da PSR acompanhada pela eCR era 189. A possibilidade do aumento do contingente dessa população é um dos efeitos decorrentes da pandemia da Covid-19 (Silva; Natalino; Pinheiro, 2020).

Ainda utilizando os dados obtidos através da pesquisa documental, buscou-se caracterizar o perfil epidemiológico em contexto local da PSR no município de Palmas-TO. As principais informações descritas no RDQA (Palmas, 2023) referem-se às comorbidades presentes nessa população, dentre elas: acidente vascular cerebral (AVC), transtornos mentais, infarto, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose, doenças respiratórias, cardíacas e renais.

Viver na rua traz particularidades no que tange ao processo saúde-doença devido ao ambiente precário com aglomeração de pessoas e proliferação de doenças, além da violência e a hostilidade em que estes indivíduos estão suscetíveis (Aristides; Lima, 2009). Apesar de ter sido um dos objetivos desta pesquisa caracterizar o perfil epidemiológico a nível local desta população, não foram encontrados demais dados referentes a esse aspecto.

No que tange às características sociodemográficas, o RDQA (Palmas, 2023) demonstra que das 189 PSR, a maioria é do sexo masculino (157), de cor/raça parda (110), possui Ensino Fundamental Incompleto (102) e não está inserida no mercado de trabalho (106). Tais dados corroboram com o I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (Brasil, 2009b) no que tange a predominância de homens em relação às mulheres, de cor/raça parda e Ensino Fundamental Incompleto. Apesar das convergências dos dados, vale ressaltar que este foi o primeiro e único censo realizado pelo governo federal, em que o objeto é esta população, até hoje, ocorrido há mais de uma década. Portanto, é importante considerar as mudanças ocorridas nesta população ao longo desses anos.

O total da amostra obtida na presente pesquisa foi de 15 participantes entrevistados, os quais são pessoas em situação de rua na cidade de Palmas-TO que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Nesse sentido, identificou-se que 13 participantes eram do sexo masculino e 02 do sexo feminino. A faixa etária variou entre 18 e 55 anos, sendo predominante a faixa etária entre 26 e 45 anos de idade. A cor/raça com maior número foi parda e o nível de escolaridade da maioria foi o Ensino Médio Completo. A maioria desses dados descritos convergiram com as informações apresentadas no diagnóstico preliminar e parcial sobre a PSR em âmbito nacional, realizada no ano de 2022 pelo Governo Federal (Brasil, 2023).

Apesar da convergência dos dados tanto do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, quanto do diagnóstico preliminar e parcial, ambos realizados pelo governo federal, é importante ressaltar a necessidade urgente de dados censitários oficiais atualizados para

implementação de Políticas Públicas necessárias para esta população.

A análise geral dos dados coletados nas entrevistas foi direcionada pela identificação das seguintes categorias de análise: saúde atual, histórico de Covid-19, acesso aos serviços de saúde durante a pandemia e as mudanças no modo de viver da população em situação de rua com a pandemia.

Saúde atual

A análise dos dados mostrou que 10 participantes, a maioria da amostra, relataram estar com a saúde boa ou estabilizada, apesar de alguns possuírem problemas crônicos de saúde. Por sua vez, 05 participantes relataram queixas quanto à saúde envolvendo problemas respiratórios, dores de cabeça, fraqueza, queimaduras, dores nas articulações, estresse, ansiedade, diabetes, fratura na perna, hérnia de disco, dificuldades de memória e hanseníase. Destes, alguns fazem uso de medicamentos e tratamento devido às doenças crônicas anteriormente citadas e conforme o relato de um dos participantes:

> Tem os medicamentos, mas é pra alergia, respiração, problema de respiração, pro meu estresse, da ansiedade. (...) Aplico soro, vou lá na aplicação do soro que é pra relaxar, relaxar a musculatura porque às vezes dói muito, dor na cabeça. Só isso, só por causa das dores mesmo, corpo ... (P4).

Para Aristides e Lima (2009) é comum a resposta positiva do indivíduo quando questionado sobre sua saúde devido à falta de necessidade do uso de medicamentos ou ausência de doença. Na realidade, existe uma heterogeneidade no significado de saúde e doença para cada indivíduo a depender de cada cultura. Ou seja, apesar do relato de boas condições de saúde, cada participante possui uma interpretação singular acerca do processo saúde-doença.

Diante dessas informações, infere-se que apesar da maioria dos participantes relatar boas condições de saúde naquele momento da entrevista, alguns possuem outros problemas de saúde, dos quais buscam tratamento ou não. Nesse último caso, sem a realização de um tratamento adequado, os riscos e agravos à saúde aumentam a vulnerabilidade presente nesta população. Portanto, faz-se necessário conhecer mais a vida dessas pessoas, suas histórias, valores, condições de vida, saúde física e mental para que se possa atuar em todos os aspectos referentes à saúde delas (Aristides e Lima, 2009).

Histórico de Covid-19

Apenas 04 participantes relataram o acometimento pela Covid-19, incluindo, teste positivo, internação, alteração de paladar, febre e outros sintomas característicos. Apesar da vulnerabilidade social e da possibilidade de a pandemia agravar as condições de saúde dessa população (Paula, 2020), o número de casos de Covid-19 relatados foi baixo, o que corrobora com os resultados de uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro com 304 PSR (Nunes *et al.*, 2021). Essa baixa incidência de casos positivos relatados pelos participantes não necessariamente indica a proteção contra o vírus da Covid-19, pois deve-se considerar as barreiras de acesso à saúde por esta população em uma megalópole como o Rio de Janeiro, o que pode ter resultado em casos não diagnosticados.

Em relação a vacinação contra Covid-19, do total da amostra dos participantes da pesquisa, apenas 01 relatou não ter sido vacinado. A PSR foi considerada um dos grupos prioritários para aplicação da vacina contra a Covid-19 em uma recomendação publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2020a). Tal recomendação foi acatada pela gestão do município de Palmas-TO.

Além da vacinação, o manejo e a prevenção da Covid-19 no âmbito das equipes do Consultório na Rua foram uma das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde durante o período de auge da pandemia. Algumas dessas medidas realizadas com a PSR foram: o uso de uma linguagem mais acessível, orientações em relação ao risco de exposição em aglomerações de pessoas e compartilhamento de objetos, distanciamento social, além da oferta de álcool em gel

para higienização (Brasil, 2020b).

Diante do exposto, nesta categoria referente ao histórico de Covid-19 da PSR, o relato de poucos casos positivos de Covid-19 dos participantes desta pesquisa é bastante significativo, devido a vulnerabilidade social e agravos relatados pelos mesmos na categoria anterior. Este resultado evidencia a importância das ações de prevenção à saúde realizadas pela eCR na cidade de Palmas-TO durante este período, sendo que a maioria foi vacinada por esta equipe.

Acesso aos serviços de saúde

Durante a Pandemia da Covid-19, constatou-se que a maioria dos participantes (12) teve acesso aos serviços de saúde: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), atendimento ofertado pela eCR, acesso a máscaras nas Unidades de Saúde da Família (USF). Desse número, apenas 02 relataram a necessidade do acesso devido ao acometimento pela Covid-19. Vale destacar que a PSR normalmente busca o acesso aos serviços de saúde quando os sintomas "paralisam" suas atividades diárias, em situações de urgência e emergência, quando as condições crônicas malcuidadas culminam em quadros agudos (Brasil, 2012). Dentre os serviços de saúde mais utilizados, destaca-se o acompanhamento sistemático e contínuo da eCR, conforme pode ser observado no relato dos entrevistados:

> Acesso de serviço de saúde eu tive o tempo inteiro (...), mas só que parecia tipo uma perseguição do pessoal do consultório na rua com atendimento com a gente. Na verdade, era completamente todo dia eu tava encontrando, todo dia, todo dia, todo dia. Tava encontrando e sempre parava pra atender a gente. Chegava com as vacinas pra gente. Já chegava "ó, a gente tem que vacinar contra a covid, contra gripe, tudo". Foi um acesso ótimo, maravilhoso que fizeram (P1).

> Cara, notei muita diligência do consultório na rua. Aliás, o atendimento foi até mais intensivo, né? Prestaram até muito mais atenção do que antigamente. Então foi muito bom também. Aliás, bom pra quem tava na rua né? Porque o atendimento foi bem intensivo (P9).

O cenário da pandemia proporcionou a oportunidade de reconhecer a existência, a valorização e o cuidado dessa população invisibilizada. Tudo isso se tornou possível com ações e estratégias efetivas de acesso à informação, sensibilização e acolhimento nesse período (Nunes, Senna, Cinacchi, 2022).

A maioria dos participantes informou que teve acesso aos materiais e/ou insumos para prevenir a contaminação pela Covid-19:

> O tempo inteiro, sempre. Não faltou (P1).

> Ah, o álcool em gel todo mundo tinha né? Agora a máscara vai pegar da rua mesmo aí jogada no chão aí... às vezes não tinha, pegava no chão aí, usava. Tava nem aí não (P6).

Diversas estratégias foram utilizadas pela PSR a fim de conseguir acesso à máscara, álcool em gel, material de higiene pessoal, dentre as quais: material entregue pela equipe do Consultório na Rua, USFs, doações, compra e até mesmo itens usados encontrados nas ruas. A distribuição de materiais de higiene, a intensificação e ampliação das ações de saúde pela eCR foram uma das estratégias utilizadas a nível nacional com esta população (Silva; Natalino; Pinheiro, 2020).

Apesar do estigma e preconceito direcionado a PSR, no que tange o acesso à saúde, tais dificuldades não foram evidenciadas na maioria das respostas dos participantes desta pesquisa. Portanto, infere-se que houve acesso aos serviços de saúde por esta população, bem como aos materiais e/ou insumos para prevenir a contaminação pela Covid-19, destacando-se mais uma vez

a atuação da eCR nesse contexto.

Mudanças no modo de viver durante a Covid-19

Na categoria referente ao modo de viver da população em situação de rua com a pandemia da Covid-19, a maioria dos participantes (11) relatou mudanças em diversos âmbitos da vida associados com o distanciamento social, principalmente de pessoas próximas, o medo do contágio e transmissão do vírus e também, recaída no uso de drogas. Silva, Natalino e Pinheiro (2020) discorrem acerca da dificuldade dessa população em relação ao isolamento social forçado e a limitação repentina de recursos para a sobrevivência (doações e pequenos serviços) como algumas das experiências vivenciadas pela PSR que utiliza a rua como modo de sobrevivência.

O período pandêmico possibilitou que esta população se tornasse mais visível devido o esvaziamento das ruas e redução dos transeuntes. Ainda, pode ter ocorrido a crença de que esta população fosse transmissora do vírus e o medo do contágio que pudessem trazer, crença esta que promove maior estigmatização desta população e desigualdade social (Paula, 2020). Algumas mudanças no modo de viver podem ser evidenciadas nos seguintes relatos dos participantes:

> O que mudou foi o seguinte: moradia totalmente, não tive, mas eu tive assim, que ter um distanciamento de pessoas que eu gosto por causa que eu tinha medo por causa da minha situação de rua (...) medo de, às vezes até chegar pegar o Covid e transmitir pra alguma das pessoas que eu amo. Mudou sim, mudou muita coisa na minha vida (P1).

> Mudou, mudou muito. Mudou e distanciou. Mudou 'pelo' uma noção de sistema de vida, de observar quem é quem e distanciar de quem você gosta (P15).

> Mudou bastante, atrapalhou demais. Eu já 'tava' me recuperando. Aí eu tive recaída. Aí agora eu to tentando voltar devagar, aos poucos, pra ver se eu consigo, né? (P4).

O isolamento social e o fechamento dos comércios nesse período podem ter intensificado o sentimento de insegurança e sofrimento vivenciado por esta população, além de discriminação e maior suscetibilidade de recaídas no uso de álcool e outras drogas (Brito *et al.* 2021).

Diante desse contexto, a pandemia da Covid-19 trouxe diversas mudanças no modo de viver da PSR, especialmente pelo fato de orientar o distanciamento social durante o auge da pandemia, adesão à vacina e ao uso de insumos e materiais necessários para prevenção, influenciando no cuidado à própria saúde, apesar de alguns participantes mencionarem recaídas no uso de drogas nesse período.

Possivelmente, o trabalho realizado pela eCR foi de extrema importância para garantir o acesso aos serviços de saúde da população em situação de rua durante o período pandêmico. Em âmbito nacional, foi instituído incentivo financeiro federal de custeio às equipes de Consultório na Rua para auxiliar no enfrentamento da emergência em Saúde Pública de importância nacional decorrente da Covid-19 (Brasil, 2021).

Contudo, vale destacar a adesão desta população às orientações quanto ao uso de máscara e álcool, mas principalmente pelo esforço em garantir o isolamento social, apesar de todo sentimento envolvido ao fazerem isso. Deste modo, em conjunto, os dados da presente pesquisa evidenciam os esforços da eCR e dos participantes durante a pandemia, representada no baixo número de casos positivos ou de sequelas relacionadas ao vírus da Covid-19.

Considerações finais

Esta pesquisa buscou analisar de que maneira a pandemia da Covid-19 influenciou no cuidado à saúde da população em situação de rua no município de Palmas -TO. Diante disso, foi evidenciado que o período pandêmico, trouxe mudanças no modo de viver desta população, a exemplo do contexto de vulnerabilidade e fragilidade de saúde na qual se encontram, pois, apesar da maioria dos participantes entrevistados relatarem boas condições de saúde no momento da coleta dos dados, também foram apresentados problemas crônicos de saúde em tratamento.

A cidade de Palmas-TO, se comparada com outras capitais do país, possui um número baixo de população em situação de rua, porém, pode-se inferir com esta pesquisa que a pandemia da Covid-19 contribuiu para o aumento significativo desta população nesta cidade, visto que, ocorreram mudanças repentinas no seu modo de viver devido ao contexto pandêmico de isolamento social, desemprego e adoecimento.

Em relação aos dados epidemiológicos desta população, não foram encontradas muitas informações referentes a esse aspecto, tanto em contexto local quanto nacionalmente. O único censo realizado com esta população ocorreu há quase quinze anos, portanto, tais dados encontram-se desatualizados.

O principal serviço de saúde utilizado por esta população foi a Equipe do Consultório na Rua, que realizou desde vacinação à distribuição de kits de higiene de modo a prevenir a contaminação pelo vírus e atender as demandas de saúde da população em situação de rua, garantindo acesso e cuidado à saúde desta. Sendo assim, a importância da Equipe do Consultório na Rua enquanto, umas das estratégias da Atenção Básica, mostrou-se evidente e eficaz no cuidado a essa população específica.

Referências

ARISTIDES, J. L.; LIMA, J. V. C. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Rev. Espaço para a Saúde**, v.10, n2, p.43-52, jun. 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3 reimp. da 1 edição de 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua: síntese dos resultados. In: **Rua: aprendendo a contar** – Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua. Brasília: MDS, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Acessado em: 11 fev. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Acesso em: 11 fev. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendação nº 073, de 22 de dezembro de 2020.** Conselho Nacional da Saúde - Ministério da Saúde. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/

Reco073_-_Medidas_relativas_ao_Plano_Nacional_de_Vacinacao_Covid-19.pdf. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção ao COVID-19 no âmbito das equipes de consultório na rua.** Ministério da Saúde. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Consultorios_rua_APS_20200319_ver001.pdf. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria n. 1253, de 18 de junho de 2021**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1253_21_06_2021.html. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania - MDHC. **População em situação de rua:** diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília: MDHC, 2023.

BRITO, C. *et al.* Modo de vida da população em situação de rua como potencializador do cuidado de COVID-19. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 74, supl. 1, e20200832, 2021 . DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0832. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000800210&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2022. Epub Abr 14, 2021.

NATALINO, M. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020).** Nota Técnica do IPEA - *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. Ipea: Disoc, 2020. (Nota técnica, nº 73).

NUNES, N. R. A. *et al.* **População em situação de rua em tempos de pandemia da Covid-19** [recurso eletrônico] (60 p.) - (Coleção Interseções. Série Estudos). Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2021.

NUNES, N. R. A.; SENNA, M. C. M.; CINACCHI, G. B. (org.). **População em situação de rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais.** Série Saúde & Amazônia, v.19, 256p,1 ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022.

PALMAS. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA)**. Palmas: SEMUS, 2019.

PALMAS. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior (RDQA).** Palmas: SEMUS, 2023.

PAULA, H. C. et al. Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2020, v. 73, n. Suppl 2. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489. Acesso em: 11 Jun. 2022.

SILVA, T. D.; NATALINO, M; PINHEIRO, M.B. **População em situação de rua em tempos de pandemia:** um levantamento de medidas municipais emergenciais. Nota Técnica do IPEA - *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.* Ipea: Disoc, 2020. (Nota técnica, nº 74).

WHO. World Health Organization. **Pneumonia of unknown cause - China.** (Disease outbreak News), January, 2020a. Disponível em: https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/. Acesso em: 9 Jun. 2022.

WHO. World Health Organization. **Novel coronavirus-China.** Geneva Switzerland: World Health Organization January 12 2020b. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON233. Acesso em: 11 Jun. 2022.

WHO. World Health Organization. **Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19.** 11 March 2020c. Disponível em: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020. Acesso em: 11 Jun. 2022.

Recebido em 19 de janeiro de 2024.
Aceito em 12 de abril de 2024.

A APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO FACILITADORA NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

THE APPLICATION OF FAMILY APPROACH INSTRUMENTS TO USERS OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS AS A FACILITATOR IN THE CONSTRUCTION OF THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT

Resumo: As relações familiares contribuem de maneira significativa para o andamento do tratamento dos pacientes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III). Seja positiva ou negativamente, isso pode ser visualizado quando constrói-se o genograma, o ecomapa, o F.I.R.O, o A.P.G.A.R e o P.R.A.C.T.I.C.E. Para além disso, também obtém-se informações valiosas sobre sua relação com outros pontos da rede de saúde e com a sociedade em geral. Trata-se de uma pesquisa aplicada que teve como objetivo ser exploratória, de campo e de abordagem qualitativa, pois pretendia adquirir conhecimentos a respeito da dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos usuários do CAPS AD, para posteriormente sugerir soluções práticas, compreender de fato o que estava acontecendo para que não houvesse esse acompanhamento no serviço e expor todas essas informações de forma subjetiva. Portanto, com base nas informações colhidas, concluiu-se que os instrumentos de abordagem familiar trazem uma gama de informações que contribuem de maneira significativa para a construção do Projeto Terapêutico Singular, o que facilita não somente sua elaboração junto ao paciente, como fortalecendo seu vínculo com a equipe, família e comunidade em geral.

Palavras-chave: Saúde mental. Centros de Atenção Psicossocial. Drogas ilícitas.

Abstract: Family relationships contribute significantly to the progress of treatment for patients monitored at the Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III). Whether positively or negatively, this can be visualized when building the genogram, the ecomap, the F.I.R.O, the A.P.G.A.R and the P.R.A.C.T.I.C.E. In addition, valuable information is also obtained about its relationship with other points in the health network and with society in general. This is an applied research that aimed to be exploratory, in the field and with a qualitative approach, as it intended to acquire knowledge regarding the difficulty in adhering to treatment on the part of CAPS AD users, to later suggest practical solutions, truly understand what was happening so that there was no monitoring in the service and exposing all this information in a subjective way. Therefore, based on the information collected, it was concluded that family approach instruments bring a range of information that contribute significantly to the construction of the Singular Therapeutic Project, which facilitates not only its elaboration with the patient, but also strengthening their bond with the team, family and community in general.

Keywords: Mental health. Psychosocial Care Centers. Illicit drugs.

Introdução

As relações familiares contribuem de maneira significativa para o andamento do tratamento dos pacientes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III). O CAPS AD III é o ponto de atenção à saúde

responsável por assistir pessoas que têm necessidades decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas. Funciona em tempo integral, ou seja, 24 horas por dia, todos os dias, inclusive em fins de semana e feriados (BRASIL, 2012).
Seja positiva ou negativamente, isso pode ser visualizado quando constrói-se o genograma, o ecomapa, o F.I.R.O, o A.P.G.A.R e o P.R.A.C.T.I.C.E. Para além disso, também obtém-se informações valiosas sobre sua relação com outros pontos da rede de saúde e com a sociedade em geral (SILVA, GUIMARÃES & SALES, 2014).

Boa parte desses usuários tem o CAPS AD III como sua principal rede de apoio e passam boa parte dos seus dias, senão a vida, frequentando esta unidade. Tendo isso em vista, torna-se o lugar ideal para conhecer suas realidades, expectativas, sonhos e mazelas. A equipe multiprofissional desse local busca, através dessa proximidade, construir vínculo e elaborar, junto a esse paciente de história tão complexa, o chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS), um instrumento que visa descentralizar o acompanhamento do paciente de um único serviço de saúde e permitir que ele conheça e tenha acesso a toda a rede, de acordo com suas necessidades biopsicossociais (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2008).

Portanto, quando há integração instrumentos de abordagem familiar e PTS, têm-se uma gama de informações até então desconhecidas e que fazem uma enorme diferença se utilizadas de maneira adequada. A partir do momento em que a equipe multiprofissional visualiza essas histórias enquanto categoria e conjuntamente, pode-se dizer que os nós de um quadro clínico aparentemente complexo e sem solução começam a desatar-se e tornar-se algo trabalhável.

O genograma contribuiu com esse trabalho através da construção de um heredograma com simbologia própria, sendo uma representação visual e dinâmica da família. Nele constam informações relevantes sobre esse grupo, tais como ocupação, grau de escolaridade, comorbidades e o tipo de vínculo entre seus membros. É recomendável em casos em que há situações de risco familiar, como drogadição e resistência a tratamento no âmbito da saúde. O ecomapa é complementar ao genograma, sendo utilizado para descrever as redes sociais que compõem sua estrutura de apoio. O F.I.R.O, A.P.G.A.R e P.R.A.C.T.I.C.E são utilizados em situações específicas, mas que devido a complexidade dos casos

analisados se aplicavam, como: qualidade das vivências familiares, satisfação com a relação com os outros membros da família e como lidam com situações-problema, respectivamente (CHAPADEIRO, ANDRADE & ARAÚJO, 2011).

Objetivo Geral

Apresentar como a aplicação de instrumentos de abordagem familiar contribui para a construção do PTS de usuários que possuam baixa adesão ao tratamento, através do fornecimento de informações que não são adquiridas rotineiramente.

Objetivos Específicos

Descrever o perfil epidemiológico dos usuários dos territórios do CAPS AD III;

Apresentar quais situações-problema compõem a realidade desses pacientes e por extensão, seus familiares, após a aplicação dos instrumentos de abordagem familiar.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa aplicada que teve como objetivo ser exploratória, de campo e de abordagem qualitativa, pois pretendia adquirir conhecimentos a respeito da dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos usuários do CAPS AD, para posteriormente sugerir soluções práticas, compreender de fato o que estava acontecendo para que não houvesse esse acompanhamento no serviço e expor todas essas informações de forma subjetiva (MOREIRA, 2022). Foi conduzida após a submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública (CEP-FESP) sob o parecer de nº 5.864.804. Para manter o sigilo dos pacientes e seus familiares, seus nomes foram abreviados.

Quanto aos procedimentos da pesquisa, foram adaptados e utilizados os instrumentos de abordagem familiar (genograma, ecomapa, F.I.R.O, A.P.G.A.R e P.R.A.C.T.I.C.E), com cada um dos entrevistados, sendo que foi possível realizar a coleta de dados com 5 dos 10 usuários pretendidos de cada território (a saber,

Xerente I, Krahô, Apinajé, Karajá, e Kanela II), devido a dificuldade de acesso a eles por meio da equipe multiprofissional da unidade.

Dentre os instrumentos de abordagem familiar utilizados nesta pesquisa, o que mais contribuiu para a visualização e entendimento de cada caso entrevistado foi, em unanimidade, o genograma, devido a quantidade de informações que ele consegue obter por ter uma natureza mais profunda e analítica. A parte desse fato, também foi possível constatar a singularidade presente em cada usuário através do norteamento que os demais instrumentos trouxeram, permitindo que estes compartilhassem suas visões a respeito de suas próprias vidas e relações sociofamiliares.

Para visualização das informações coletadas, foram utilizados os aplicativos Álbum de Família, elaborado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o *LucidChart*, um *software* para criação de diagramas. Ambos contribuíram para a construção do Genograma e Ecomapa dos usuários entrevistados.

Desenvolvimento, resultados e discussão

A abordagem familiar é um componente importante para a avaliação clínica, sendo seu objetivo identificar aquilo que esteja relacionado ou seja a origem das disfunções presentes nesse grupo e/ou no ambiente em que convivem (MOREIRA et. al, 2018).

Para que seja realizada, são utilizados cinco instrumentos. O primeiro e mais clássico é o genograma, um heredograma que traz uma representação visual dos membros da família e de como se relacionam, sendo obrigatório descrever esses acontecimentos em pelo menos três gerações. Associado a ele, é utilizado o ecomapa, um diagrama que permite visualizar as relações entre a família/indivíduo e a comunidade que o circunda (NASCIMENTO et. al, 2014).

O F.I.R.O (*Fundamental Interpersonal Relations Outcome*), é utilizado para caracterizar as relações familiares e/ou em grupo a partir das dimensões Inclusão, Controle e Intimidade, sendo que na inclusão foram feitas perguntas relacionadas ao quanto o entrevistado se sente inserido na família e em suas decisões, o

controle, quem o exerce dentro desse grupo e de que forma e a intimidade, em como as emoções e sentimentos são compartilhados dentro do lar. O P.R.A.C.T.I.C.E gira em torno de uma determinada problemática, buscando, através de cada letra do acrônimo, extrair informações sobre como a família lida com a situação-problema, como lidaram com problemas/doenças vividos anteriormente e se tem/qual é sua rede de apoio. Por último, o A.P.G.A.R avalia o grau de funcionalidade da família, através de perguntas que apontam como o indivíduo se sente em relação aos demais membros da família (DIAS, GUSSO & LOPES, 2012).

Análise dos resultados das entrevistas com base nos Instrumentos de Abordagem Familiar

O paciente índice D.S.C tem 59 anos, possui ensino fundamental completo e no momento da entrevista, estava desempregado. Faz acompanhamento no CAPS AD devido ao uso de crack. É casado com A.L.P.C, de 52 anos, que cursou parcialmente a graduação de Recursos Humanos e trabalha como gerente da cafeteria de um supermercado de grande porte. Ambos são muito próximos e tem uma boa relação. Tem dois filhos, M.P.C, de 29 anos, que cursou parcialmente a graduação de Educação Física, trabalha como motorista e vendedor de uma empresa de informática e E.P.C, 26 anos, tem doutorado em Psicomotricidade e Desenvolvimento Humano e trabalha como monitor. O filho mais velho mora com ele e o mais novo mora na cidade, mas em outra casa.

Quanto às suas relações sociais, o paciente D.S.C possui uma ampla rede de contatos, composta pela igreja Assembleia de Deus, com quem tem uma relação sólida e vai com frequência, além de também ser procurado pelos membros da instituição; o CAPS AD, que o procura bastante, mas que em contrapartida, o mesmo não o acessa muito, devido a limitações relacionadas a sua internação na comunidade terapêutica Rhema; com a referida clínica tem uma relação forte, mas conflituosa, porque há um esforço contínuo de sua parte através da manutenção do espaço em que esta se localiza, sem que a instituição retribua, permitindo que ele saia do local sozinho para ir aos atendimentos no CAPS AD, visto que sua esposa e filho não podem acompanhá-lo, como ditam as regras do ambiente, pois trabalham

em horário comercial; o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da 1304 sul, o qual acessa pouco, mas contou que o serviço sempre é bastante solícito quando o procura, atendendo-o em suas necessidades; a Unidade Básica de Saúde (UBS) da 1206 sul, na qual vai com frequência e por quem também é bem assistido; vizinhos e amigos, com quem disse que pode contar quando precisa de algo e com os quais ocasionalmente faz refeições; por fim, referiu que não tem contato com parentes e sua relação com o lazer e o trabalho são inexistentes, sendo que com o último, está impossibilitado devido a reclusão na clínica.

Sobre sua vivência familiar (F.I.R.O), disse que se sente bem sobre o modo como os papéis são desempenhados por cada membro da família e que o controle no lar é exercido de forma colaborativa, de modo que quando há algo para ser resolvido, reúnem-se para conversar sobre as decisões que serão tomadas.

Em relação a como lidam com a situação-problema, contou que a família o incentiva a continuar fazendo acompanhamento no CAPS AD. Na família, ele ocupa o papel de orientador, instruindo os filhos acerca de valores éticos e morais; sua esposa o auxilia, dando-lhe suporte afetivo. Os filhos por vezes também exercem o papel de cuidadores dele, aconselhando-o acerca de situações que apresentam risco para ele. Quando é necessário abordar algum problema, conversam com cautela com o outro, mas sempre de forma direta e franca. Encontram-se na fase “Lançando os filhos e seguindo em frente” do Ciclo da Vida, em que um dos filhos já saiu de casa, mas ambos são adultos e independentes. Tem como rede de apoio a igreja, que o aconselha e realiza visitas, quando necessário. Possuem casa própria, com saneamento básico (água potável, esgotamento sanitário e coleta de lixo). A renda mensal da família é de um salário mínimo, visto que apenas a esposa contribui com as despesas da casa. A família utiliza-se do transporte coletivo como meio de locomoção.

Na escala do A.P.G.A.R familiar, o resultado foi o de uma família altamente funcional (10).

O segundo paciente entrevistado foi F.R.B, que tem 27 anos, ensino médio incompleto e trabalhava como coletor de lixo. É acompanhado pelo CAPS AD há cerca de 8 meses, por uso de cocaína e maconha. Já ficou internado no HGP devido a overdose e surto psicótico. Há cerca de seis anos separou-se da

ex-companheira, com quem tem um filho de 7 anos, que está cursando o ensino fundamental. Ambos, o usuário e a ex-esposa, tem uma relação conflituosa, devido a ameaças feitas por ela. Com o filho, tem uma relação próxima. Após a separação, voltou a morar com a mãe, M.R.R.B, que possui ensino médio completo, trabalha como vendedora e tem Diabetes Mellitus (DM), o padrasto, o meio-irmão e a meia-irmã, que são estudante e vendedora, respectivamente. Tem uma boa relação com todos. Na casa, há também animais de estimação, sendo dois cachorros e um gato.

Tem como rede de apoio às Unidades de Saúde da Família (USF) das arnos 71 e 72, o CAPS AD e o CRAS, com os quais considera ter uma relação distante, por não ser procurado por tais serviços, mas os quais acessa com frequência; o trabalho, no qual empenha-se bastante, mas que durante o período da entrevista, estava escasso; as igrejas que frequenta (Assembleia de Deus - CIADSETA, Assembleia de Deus - Madureira e a Igreja Universal do Reino de Deus - IURD), nas quais vai com frequência e por quem também é procurado, mas tem uma relação conflituosa, de causas não reveladas; com os vizinhos, amigos e família tem uma relação forte e bem mantida; como práticas de lazer, disse que vai a quadra de futebol, praia e passeios familiares, mas que não sai com frequência.

Sobre os papéis desempenhados por cada membro da família, disse que sente-se bem com sua função atual, pois tem buscado melhorias para sua vida, como, por exemplo, estratégias para reduzir seu consumo de Substâncias Psicoativas (SPA). Em relação aos demais, disse que o ajudam bastante nesse processo, apoiando-o na continuidade do tratamento. Contou também que desde que iniciou o acompanhamento no CAPS AD, tem visto mudanças positivas, como o controle da impulsividade, e isso refletiu-se nas relações familiares. O controle da casa é exercido pela mãe, de forma dominante, mas quando esta precisa tomar decisões importantes, o procura para saber sua opinião e que os demais sempre o escutam. Contou também que tem abertura para conversar com a família sobre seus problemas pessoais e que está satisfeito com suas relações, pois tem conseguido ajudá-los desde que mudou seu comportamento.

Quanto à situação-problema, contou que a família pensa que as substâncias iriam levá-lo à cadeia ou à morte e que inicialmente, quiseram forçá-lo a fazer o

tratamento, o que não funcionou. Atualmente, ele próprio procurou ajuda no serviço. Para além do papel de dominância exercido pela mãe, o padrasto a auxilia na casa, os irmãos estudam e ele trabalha. São afetuosos entre si, apesar de discussões ocasionais. Mas nesses casos, se entendem rápido. A família encontra-se entre a fase “famílias com filhos adolescentes” e “lançando os filhos e seguindo em frente”, pois tem filhos mais novos e o paciente, já adulto. Não contam com qualquer rede de apoio. Moram em uma chácara, onde a fonte de água é um poço, mas há rede de esgoto e coleta de lixo no local. A renda mensal do grupo familiar é de cerca de dois salários mínimos, sendo a mãe e a irmã responsáveis por essa provisão. Tem automóvel próprio, mas também utilizam-se do transporte público.

Na escala de A.P.G.A.R, atingiu a pontuação mínima correspondente a uma família altamente funcional (7).

O paciente seguinte foi G.M.C, de 27 anos. Tem ensino médio incompleto e trabalha fazendo “bicos”, sendo que durante o período em que a pesquisa foi realizada, era ajudante de pedreiro. Faz acompanhamento no CAPS AD há dois anos, por uso de álcool e cigarro (este último deve ser acompanhado por sua unidade de saúde de referência ou outra mais próxima, onde haja grupos de tabagismo). Em um determinado momento de sua vida, precisou submeter-se a uma herniorrafia inguinal, uma cirurgia realizada como medida de tratamento para hérnias nesta região. Durante esse período, ficou impossibilitado de trabalhar. Já foi casado por duas vezes, sendo que na primeira vez, há seis anos, separou-se da ex-esposa devido a conflitos com a ex-sogra. Relatou que atualmente sua relação com a antiga companheira é apenas distante. Desse relacionamento tem um filho, E.M.C, de sete anos, com quem também tem uma relação distante. A segunda separação ocorreu há cerca de três anos, devido a conflitos entre si. Na atual época, ambos têm um bom relacionamento, mas sem muito contato. Quando ainda estavam juntos, sua antiga companheira sofreu um aborto espontâneo. Em seguida, engravidou de seu filho mais novo, de 4 anos, do qual é próximo. A criança apresenta disfemia (gagueira). Após o fim do segundo relacionamento, foi morar com o pai, que reside em uma chácara em Taquaruçu grande e ocasionalmente também com a avó, que mora no bairro Aureny IV. Tem uma boa relação com a avó,

mas com o pai o convívio é frequentemente conflituoso. Nas casas, tem oito animais de estimação, sendo seis gatos e dois cachorros, dos quais é parcialmente tutor.

Tem como apoio na comunidade a USF Novo Horizonte e o CAPS AD. Com ambos possui uma relação forte, em que os dois serviços o ajudam bastante, mas ele não os acessa muito. Quanto aos grupos sociais, frequenta a Igreja de Cristo. Tem uma relação forte com a instituição, mas ao contrário dos locais anteriores, ele a frequenta assiduamente e em contrapartida, os membros desse ambiente não tem proximidade com ele. Com os vizinhos e a família tem uma ligação distante e tênue, na qual ele os procura, mas estes não fazem o mesmo e por vezes, essa relação é estressante. Com o trabalho há uma certa instabilidade, por não possuir algo fixo. O lazer é inexistente.

Sobre suas relações interpessoais com a família, disse que sente-se bem com sua mudança de papel no lar, pois tem apresentado melhorias em relação ao consumo de álcool. O controle é exercido de maneira dominante pelo pai, mas com a avó é colaborativo. Disse que não se sente suficientemente envolvido nas decisões tomadas porque o pai opta por fazer isso sozinho e que no seu modo de ver, a avó tem um bom modo de conduzir essa parte, mas o pai não. Com relação a situação problema em questão, contou que a avó é mais compreensiva, mas o pai é agressivo e não se sente confortável em compartilhar seus sentimentos com eles. Em suma, disse estar satisfeito com sua relação com a avó, mas com o pai não, pois este é incompreensivo e faz muitos julgamentos.

Ainda sobre a situação-problema, disse que vê a bebida e o cigarro como os principais problemas enfrentados atualmente, mas que bebe porque o álcool faz com que se sinta mais alegre, confortável e leve, afastando a tristeza, e o cigarro o ajuda com o estresse. O pai e a avó são contra a bebida, mas o cigarro não os incomoda. Dentro do lar, o pai e a avó ocupam o papel de principais provedores e ele colabora com o que está ao seu alcance. No quesito afeto, contou que o pai é afetivamente distante e que não conseguem ter uma boa resolução de problemas por falhas de comunicação. A avó, em contrapartida, é mais aberta ao diálogo e compreensiva. Sobre o estado de saúde do pai, disse que conversa com ele com o intuito de acalmá-lo acerca do seu prognóstico, enfatizando os pontos positivos. Quando encontram-se em situações estressantes, seu modo de lidar com o conflito

é a reclusão. Disse desconhecer a rede de apoio externa da família. Na avó, há saneamento básico (água potável, esgotamento sanitário e coleta de lixo) e a casa é própria. No pai, a água vem de um poço, o lixo é deixado a céu aberto e não há rede de esgoto. A renda mensal total da família é desconhecida pelo usuário, sabendo apenas que o pai recebe um salário mínimo. Utilizam como meio de locomoção apenas o transporte coletivo.

Na escala de A.P.G.A.R, o resultado apontou para uma família com moderada disfunção (6).

O penúltimo paciente, J.F.S.P, de 33 anos, tem ensino fundamental incompleto e trabalha como ajudante de pedreiro. É acompanhado pelo CAPS AD desde 2011, devido ao consumo abusivo de álcool. É portador de epidermólise bolhosa, uma doença rara que causa bolhas na pele ao menor atrito, sendo que no paciente, localiza-se nos pés e dificulta extremamente seu trabalho. Teve um relacionamento do qual adveio um filho, um garoto que estima que tenha aproximadamente doze anos, mas com o qual não tem contato, por não ter acesso a mãe do pré-adolescente. Tem uma boa relação com sua atual companheira. Mora com a mãe, com quem tem uma relação próxima, mas conflituosa, e com a sobrinha, filha do tio materno, com quem tem uma relação muito próxima. Na casa também possuem seis gatos e dois cachorros, dos quais é um tutor dedicado.

Quanto aos serviços acessados, tem uma relação forte com o CAPS AD e a UBS da Arno 41, mas ambos o procuram, sendo que ele não se esforça na mesma medida para estar presente nesses locais. Com a igreja Testemunhas de Jeová, têm uma relação forte e de busca mútua, pois vai frequentemente com os avós e faz estudos bíblicos em casa com a família. Suas relações significativas restringem-se a família, como o meio-irmão que o ajuda a conseguir pequenos serviços e os demais membros, que são apoio para ele. Com o trabalho tem uma relação forte, que requer muito esforço de sua parte e que por vezes é estressante, quando não é pago. Quanto ao lazer, a relação é tênue, mas o ajuda muito, através da prática de natação no lago próximo a casa do irmão.

Seu atual papel preocupa-lhe, pois ocasionalmente a mãe trabalha como babá e deixa essa responsabilidade para ele, que sente-se incapaz de desempenhar esse serviço. Além disso, a forma como ela age dentro de casa faz

com que ele sinta-se acuado, pois a mesma tem uma postura agressiva com ele. Contou também que sentia-se melhor quando morava com a companheira, pois em casa tem se sentido pressionado, devido ao controle dominante exercido pela mãe. Disse que ela o procura para ajudá-la na resolução dos problemas que surgem, mas que quando ele a aconselha, ela não o ouve e posteriormente, têm prejuízos. De modo geral, a mãe administra a casa de uma forma que não é permitido a ele ter qualquer poder decisório. Quanto à intimidade, diz que não se sente confortável em compartilhar seus sentimentos, mas que ainda assim o faz, mesmo notando que a mãe tem dificuldades para compreendê-lo.

Identifica o alcoolismo como um dos problemas enfrentados no lar e também o fato de que a mãe e a prima ocasionalmente fumam maconha na casa onde moram, o que é motivo para desentendimentos entre eles, pois sente-se incomodado com o cheiro da erva.

A mãe apresenta um comportamento ambíguo, afetivamente falando, pois por vezes é carinhosa e em outros momentos, agressiva. Mas apesar disso, conseguem ter uma boa relação.

Em situações em que a família vivenciou agravos, como o acidente sofrido por uma de suas irmãs, todos os membros se disponibilizaram para ajudar. Contou também que tinha uma irmã de doze anos, que morreu baleada. Disse que no início foi muito difícil, mas atualmente não guarda mágoa da pessoa que atirou nela.

Quando encontra-se em situações de estresse, recorre à religião, através de orações e ao avô, para conversar. Como rede de apoio externa, conta com o CAPS AD e a família.

A casa em que moram foi cedida pelo avô e tem saneamento básico. A renda da família advém da aposentadoria da mãe e do seu trabalho no salão, a qual o paciente não conhece o valor. Como meios de locomoção, contam com uma bicicleta e o transporte coletivo do município.

Na escala de A.P.G.A.R, sua pontuação foi de uma família altamente funcional (9).

O último paciente, R.A.S.F, tem 44 anos, é semi analfabeto e está desempregado. É acompanhado pelo CAPS AD há mais de sete anos, por uso de

crack e bebida alcoólica. Mora com os pais, sendo que com a mãe tem uma relação muito próxima e com o pai, conflituosa. Ambos, pai e mãe, tem 76 anos, ensino fundamental incompleto e são aposentados. Entre si, tem um relacionamento muito estreito. Na casa, possuem um gato e um cachorro, animais estimados pelo paciente.

Sua rede de apoio é composta pelo CAPS AD e os vizinhos, tendo uma relação forte com ambos, mas com o primeiro, contou que a interação parte mais do serviço. Com os vizinhos, há mutualidade. Lazer e trabalho são inexistentes.

Preocupa-se com seu papel na família, pois os pais já estão em idade avançada. Mas sente-se bem por atualmente estar ajudando-os mais nas atividades do lar. O controle é exercido pelo pai de forma dominante e por isso, não se sente envolvido nas decisões da família.

Contou que identificaram a bebida e o crack como um problema latente, e que os pais o aconselharam a parar. Disse também que eles não possuem uma boa forma de lidar com situações de conflito e estresse, optando por se afastar quando isso acontece. Tem como rede de apoio externa a igreja que os pais frequentam. A casa em que moram é própria e com exceção da rede de esgoto, possuem saneamento básico. Seu meio de locomoção é o transporte coletivo.

Na escala de A.P.G.A.R, a pontuação foi a de uma família moderadamente disfuncional, tendendo para família com disfunção acentuada (4).

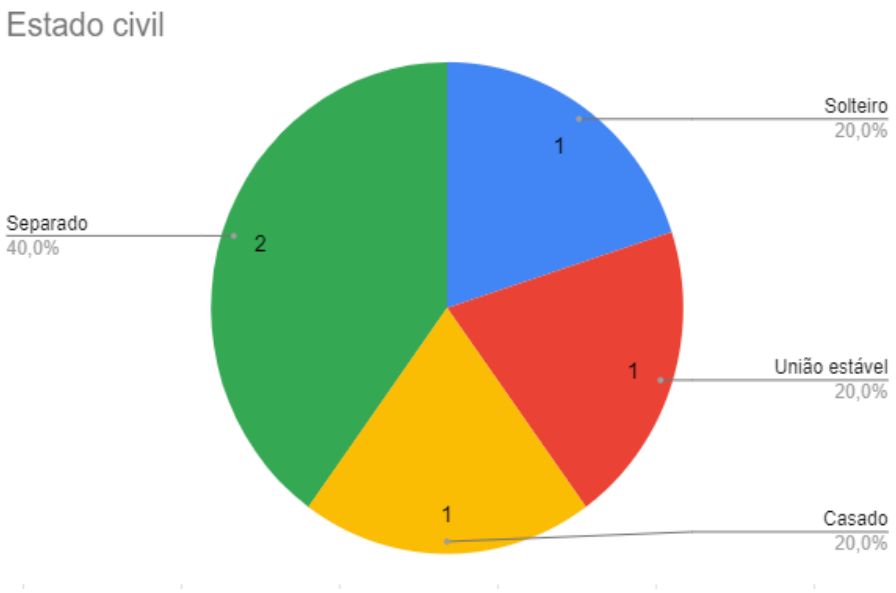
Caracterização dos participantes

O levantamento do perfil epidemiológico dos participantes permite a aquisição de conhecimentos importantes a respeito da realidade desses indivíduos e de que forma o serviço pode interferir, através da construção de ações que atendam especificamente a esse público vulnerável (PAULA, 2010). Optou-se por variáveis como o estado civil, nível de escolaridade, substância em uso e tempo de acompanhamento no serviço.

Em relação ao estado civil, 20% dos usuários entrevistados estavam solteiros, 20% em união estável, 20% casados e 40% separados (gráfico 1). O convívio com alguém que é usuário de álcool e/ou drogas é quase sempre

permeado por sentimentos de desesperança e raiva, bem como a ausência de contato físico e afetivo, o que comumente leva à separação conjugal (CAPISTRANO et. al, 2013).

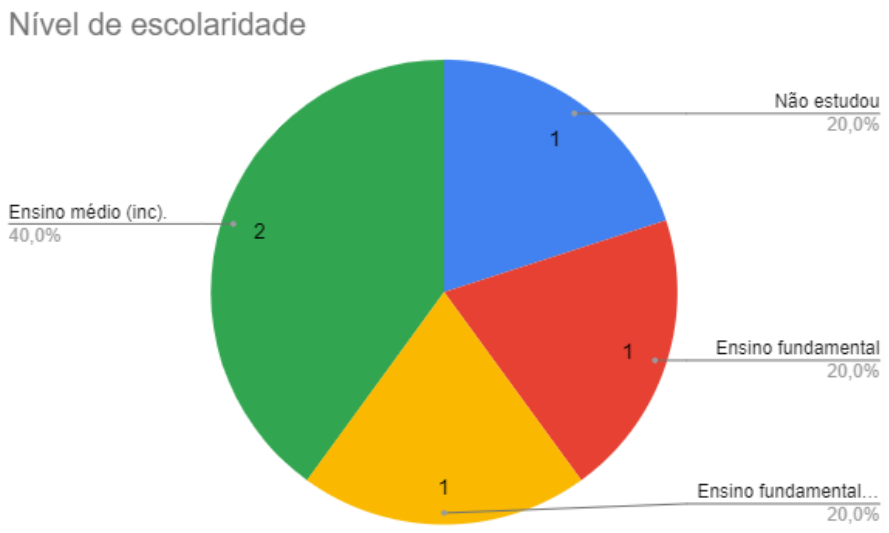
Gráfico 1 - estado civil dos usuários do CAPS AD.



Fonte: elaborado pela autora (2024).

Sobre o nível de escolaridade, 20% não estudou, 20% não concluiu o ensino fundamental, 20% cursou o ensino fundamental completo e os outros 20% iniciou o ensino médio, mas não concluíram (gráfico 2). Esses números podem ser associados ao fato de que próximos das escolas, frequentemente encontram-se pontos de venda de substâncias ilícitas e até mesmo lícitas, como álcool e cigarro. Isso, associado ao ambiente comumente rígido da escola, faz com que esses pacientes, então adolescentes na época, sentem-se inclinados a ir em busca da diversão e do prazer associados a essas substâncias (FARIA et. al, 2015).

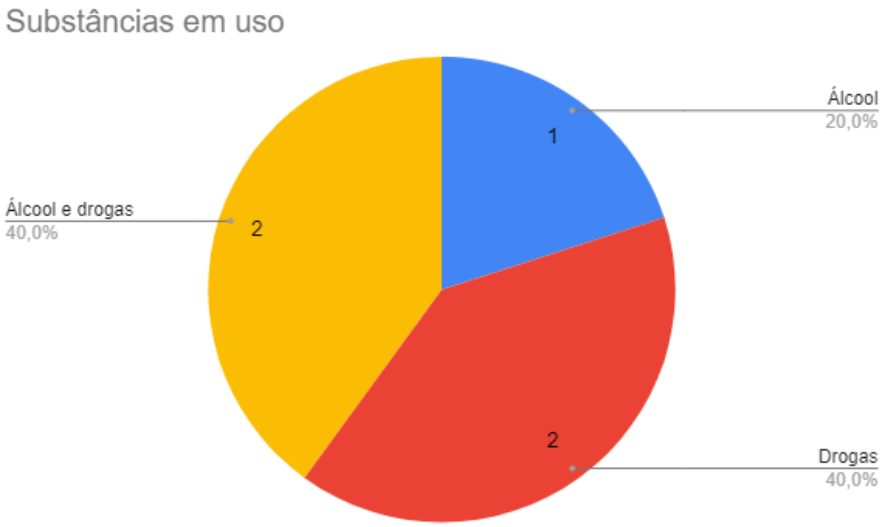
Gráfico 2 - nível de escolaridade dos usuários do CAPS AD.



Fonte: elaborado pela autora (2024).

Quanto à associação de substâncias utilizadas, apenas 20% consome apenas álcool. Os outros 80% dividem-se entre uso exclusivo de drogas e uso de álcool e drogas (gráfico 3). Isso pode ser explicado pelo fato de que a bebida alcoólica atua como porta de entrada para outras substâncias, devido a banalização do seu consumo (SANTOS E GANEM, 2013).

Gráfico 3 - substâncias em uso pelos usuários do CAPS AD.

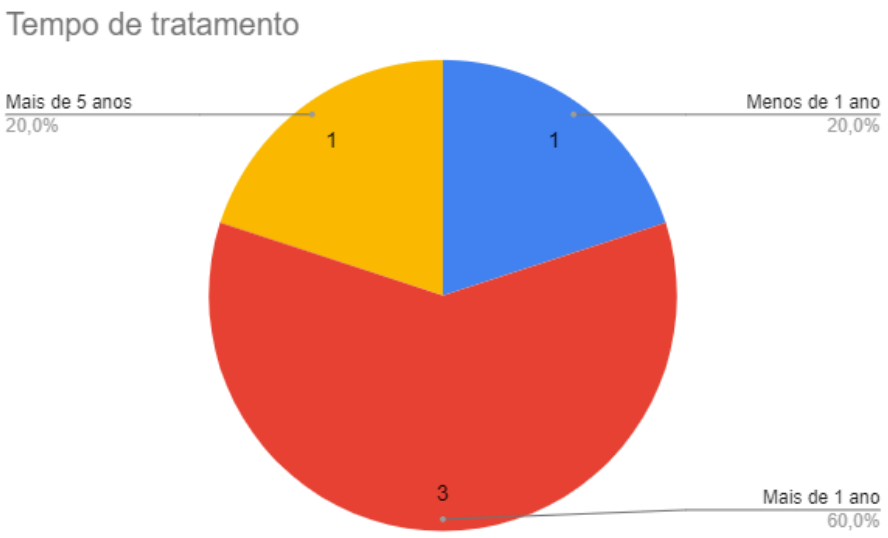


Fonte: elaborado pela autora (2024).

Acerca do tempo em que são acompanhados pelo serviço, constatou-se que 60% está em tratamento há mais de cinco anos, 20% está há mais de um ano e os

outros 20% estão há menos de um ano. O tempo de tratamento está diretamente relacionado aos episódios de recaída, que tendem a ocorrer quando o paciente passa longos períodos em abstinência (FERREIRA & SOUZA, 2017).

Gráfico 4 - tempo de tratamento dos usuários no CAPS AD.



Fonte: elaborado pela autora (2024).

A subjetividade dos fatores de proteção

Fatores de proteção são responsáveis pela modificação ou alteração da resposta de um indivíduo a uma situação de risco, de modo que essa circunstância seja atenuada e não traga tantos prejuízos a ele quanto traria em um contexto diferente, sem a presença deles (Rutter *apud* MAIA & WILLIAMS, 2005). Além do mais, um determinado fator de proteção pode contribuir com o surgimento de outros, criando uma rede de apoio para essa pessoa (PESCE et. al, 2004). Com unanimidade, foi observado que para os pacientes entrevistados, a família, os animais de estimação e o grau de proximidade dos serviços da comunidade e grupos sociais contribuem significativamente para a continuidade do tratamento.

A família aparece como um fator protetivo por servir como rede de suporte, através da estimulação de práticas saudáveis e demonstração de sentimentos positivos, como apoio e compreensão frente à situação enfrentada e também sua

participação durante o tratamento e colaboração na reinserção social (SILVA, GUIMARÃES & SALES, 2014).

Os animais de estimação podem ser utilizados como fonte de carinho e companheirismo, contribuindo também para o desenvolvimento do senso de responsabilidade (TEIXEIRA et. al, 2023). Os pacientes que relataram ter animais de estimação em casa, como cachorros e gatos, demonstraram ter muita afeição por esses seres, sentindo-se por vezes mais compreendidos por eles do que pelas pessoas e também motivados a cuidarem de si mesmos com o intuito de terem estrutura para cuidarem desses animais.

O contato com os serviços da comunidade e grupos sociais são pontos importantes para o fortalecimento do tratamento do usuário. Foram citados como maior fonte de vínculo o CAPS AD e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), além da religião, majoritariamente cristã. Devido a política de trabalho do CAPS AD envolver a promoção da autonomia do usuário e sua reinserção social e familiar, muitos veem esse ambiente como uma espécie de tábua de salvação, ao qual podem recorrer quando precisam de ajuda (SILVA, ALMEIDA & AMATO, 2019).

Sobre a Unidade Básica de Saúde, alguns referiram que os profissionais da equipe os visitam com frequência para saber sobre seu estado de saúde, e com isso, sentem-se acolhidos em suas necessidades. A visita domiciliar é fundamental para a construção e fortalecimento do vínculo entre a equipe multiprofissional, os usuários e suas famílias, além de contribuir para a complementação do trabalho realizado pela atenção secundária, no caso em questão, representada pelo CAPS AD (CORREIA, BARROS & COLVERO, 2011).

A religião é utilizada pelos entrevistados como um ponto de apoio na luta diária contra a dependência química. Esta traz explicações, suporte psicológico e conselhos para lidar com os sinais e sintomas associados ao quadro clínico enfrentado por eles. No mais, também atendem a necessidade de convívio social e os ajuda a se aproximar da família, que geralmente também é religiosa e responsável pela inclusão dos usuários neste espaço (REINALDO & SANTOS, 2016).

Em suma, os fatores de proteção identificados no contexto de vida de cada entrevistado é permeado de possibilidades e subjetividades, visto que cada um

deles é um potente agente de mudanças, pois através do seu simples existir, permite a cada paciente o direito de acreditar em si mesmo e ser o protagonista de sua própria trajetória, trabalhando em prol do seu bem estar biopsicossocial.

A correlação de informações fornecidas pelos instrumentos de abordagem familiar com a construção do Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia desenvolvida dentro dos serviços de Saúde Mental e que envolve não apenas o paciente, como também seus familiares e redes sociais, visando, em um processo contínuo e passível de alterações, implementar ações voltadas ao atendimento das suas necessidades, tais como produção de autonomia, protagonismo e reinserção social. E no decorrer dessa construção, seu principal objetivo é reduzir a total dependência desse sujeito aos serviços de saúde e vinculá-lo a recursos exteriores a estes (BOCCARDO et. al, 2011).

Visto que para construção desse dispositivo é necessário incluir a família e redes de contato, os instrumentos de abordagem familiar atuam como mecanismos complementares para a coleta das informações necessárias para esse trabalho. Como evidenciado nesta pesquisa, existem pacientes que não se corresponsabilizam pelo seu próprio cuidado e os fatores por trás dessa ausência de comprometimento podem ser encontrados após uma análise das suas relações sociofamiliares, através da qual também é possível obter estratégias para reversão do quadro (DIAS, GUSSO & LOPES, 2012).

No genograma, foi possível visualizar como se dão as relações entre os membros da família e como os ciclos por vezes seguem um padrão contínuo, havendo uma reprodução ao longo de gerações das comorbidades e relacionamentos conturbados, distantes e/ou inexistentes. Por outro lado, observa-se em alguns casos como a geração seguinte tenta desfazer as amarras do preconceito e da incompreensão, criando e fortalecendo um vínculo em razão da consanguinidade. Quando utilizado no âmbito conversacional, este instrumento tem o poder de de se transformar em um recurso que possibilita ao usuário e a sua

família novas possibilidades de serem quem são, quem querem ser, de se relacionarem e de viverem (KRÜGER & WERLANG, 2008).

O ecomapa permite a quem o aplica conhecer a rede de apoio do paciente, ou sua inexistência, bem como se dão as relações entre esses locais e ele, se são geradoras de estresse e/ou são fontes de suporte quando se faz necessário (AGOSTINHO, 2007). Os pacientes entrevistados possuem, em sua maioria, uma ampla rede de contatos, com os quais mantém os mais diversos tipos de relações, o que demonstra uma certa instabilidade psicológica por parte desses usuários, que comumente têm dificuldade para começar e manter vínculos.

Em uma análise das informações obtidas através do instrumento de Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais (F.I.R.O, na sigla em inglês), notou-se que os usuários entrevistados tem em sua maioria pouco ou nenhum espaço de fala e poder decisório, sendo tratados pela família como incapazes. Uma pequena parcela sente-se incluída e ouvida pelos familiares, estando satisfeita com a dinâmica do lar. Atribui-se esse comportamento ao fato de a família por vezes sentir-se inapta para lidar com as circunstâncias negativas atreladas a situação do familiar adicto, o que leva a uma ambiguidade de sentimentos e punição em excesso (SOUZA *apud* CYRINO, 2016).

Por fim, o P.R.A.C.T.I.C.E e o A.P.G.A.R clarificam as relações familiares frente à situação-problema abordada, a saber, o uso de álcool e/ou outras drogas. Observa-se que a família e o usuário esforçam-se para compreenderem uns aos outros e especialmente quando submetidos a situações de grande estresse, por não saberem ou não quererem dialogar, afastam-se. O A.P.G.A.R arremata esse diagnóstico situacional com sua pontuação, denotando que um claro divisão entre os casos: enquanto uma parte tem uma família bastante funcional, apesar dos problemas, a outra metade sofre com a incompreensão e a falta/falhas de comunicação.

Ao longo das entrevistas, alguns desafios foram encontrados, tais como dificuldade por parte dos usuários em compreender as perguntas que estavam sendo feitas, o que conduzia a uma reformulação verbal destas e falta de conhecimento acerca dos próprios familiares.

Considerações finais

Portanto, com base nas informações colhidas, concluiu-se que os instrumentos de abordagem familiar trazem uma gama de informações que contribuem de maneira significativa para a construção do Projeto Terapêutico Singular, o que facilita não somente sua elaboração junto ao paciente, como fortalecendo seu vínculo com a equipe, família e comunidade em geral.

Visto que a ideia de escrever esta pesquisa partiu da constatação da dificuldade da equipe multiprofissional do CAPS AD (do qual os usuários fazem parte) em construírem um PTS funcional, a apresentação dos resultados se dará em forma de capacitação nas dependências do serviço, na qual serão abordados o conceito de PTS, seus objetivos e etapas, o compartilhamento dos dados dos pacientes com seus respectivos técnicos de referência e posteriormente, a construção e discussão de um PTS para cada um.

Referências

AGOSTINHO, Manuela. Ecomapa. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 23, n. 3, p. 327-30, 2007. Disponível em: https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366. Acesso em: 07 de fev. de 2024.

BOCCARDO, Andréa Cristina S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124. Acesso em: 07 de fev. de 2024.

_____BÁSICA, ATENÇÃO. Cadernos De. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 07 de fev. de 2024.

_____,CAPISTRANO, Fernanda Carolina et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 234-241, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/njKTLTKsTSfgsRPf4687yrm/?lang=pt. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

_____CYRINO, Luiz Arthur Rangel, et al. "A codependência familiar de indivíduos que fazem o uso abusivo de álcool." **Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas** 21.2 (2016): 457-470. Disponível em:

https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/3563. Acesso em: 07 de fev. de 2024.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1501-1506, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VsL4yTBPR7nSd9wF7MP5Tpj/?lang=pt. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros De. A família como foco da Atenção Primária à Saúde (versão preliminar). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais - NESCON UFMG**, p. 59-74, 2011. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf. Acesso em: 02 de fev. de 2024.

DE CASTRO, Eveline Andries et al. Aplicação das ferramentas de abordagem familiar para o cuidado de uma paciente idosa: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2023. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11392. Acesso em: 02 de fev. de 2024.

_____DIAS, L. C. Abordagem familiar. Gusso, G. Lopes, JMC **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 221-232, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5464546/mod_resource/content/0/Abordagem%20Familiar_Dias%20RB_Guimaraes%20FG%20%282%29.pdf. Acesso em: 07 de fev. de 2024.

DOMICILIAR, Atenção. Caderno de Atenção Domiciliar. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica e Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar**, v. 2, p. 5-7, Brasília - DF, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf. Acesso em: 05 de fev. de 2024.

_____,DOS SANTOS FERREIRA, Iandra Sara. ADESÃO AO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE UM CAPS AD DO INTERIOR DA BAHIA. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 21, 2017. Disponível em: https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/3728. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

_____,FARIA FILHO, Edson Arantes et al. Concepções sobre drogas por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 517-523, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/TSfnNP63bcyZgpNpSScttB/?lang=pt&format=html. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

KRÜGER, Liara Lopes, and Blanca Guevara Werlang. "O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico." Avaliaçao Psicologica: Inter American Journal of Psychological Assessment 7.3 (2008): 415-426. Disponível em:

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5115884. Acesso em: 07 de fev. de 2024.

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; DE ALBUQUERQUE WILLIAMS, Lucia Cavalcanti. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002#:~:text=Por%20outro%20lado%2C%20os%20fatores,de%20resolu%C3%A7%C3%A3o%20de%20problemas%20do. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

_____,BRASIL. **Ministério da saúde**. **Gabinete do Ministro**. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 13 de fev. de 2024.

MOREIRA, Lisa Teresa et al. Abordagem familiar: quando, como e porquê? Um caso prático. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 34, n. 4, p. 229-36, 2018. Disponível em: https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12482. Acesso em: 14 de fev. de 2024.

_____, MOREIRA, Tadiana Maria. OS TIPOS DE PESQUISA. **NOS CAMINHOS DA INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, p. 43. Disponível em: https://faculdade.ielusc.br/wp-content/uploads/2022/02/livro-de-metodologia-ielusc-2022-nos-caminhos-da-iniciacao-cientifica.pdf#page=43. Acesso em: 18 de jan. de 2024.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 211-220, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/94ZzKnmhr3dtbLXtQpgfncN/?lang=pt. Acesso em: 14 de fev. de 2024.

PAULA, Casiana Tertuliano Chalegre. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 2, n. 4-5, p. 94-106, 2010. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68460. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

PESCE, Renata P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, p. 135-143, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/6KqsqJFSQrd59ZkL8Y3GJ3B/. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SANTOS, Raquel Lana Fernandes dos. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 162-171, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/psQ8XpyKdh4zmjNV4CF8BYw/. Acesso em: 07 de fev. de 2024.

_____SANTOS, Cristina Silveira; GANEM, Keila Mary Gabriel. A bebida alcoólica como “Porta de entrada” para o uso de outras drogas psicoativas. **Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 2, 2013. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2499. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

_____SILVA, Lennon Leonardo Pereira da; ALMEIDA, Anderson Batista de; AMATO, Tatiana de Castro. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 819-835, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/wJqR79DN358kqnQkH6zwMFs/. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

SILVA, Meire Luci da; GUIMARÃES, Camila Ferreira; SALLES, Daiane Bernardoni. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. 2014. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/11324. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

TEIXEIRA, Maria Jeovana Barreira et al. Animais de estimação e sua influência na saúde mental do ser humano. **Revista Científica do Tocantins**, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2023. Disponível em: https://itpacporto.emnuvens.com.br/revista/article/view/153. Acesso em: 06 de fev. de 2024.

CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS E QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS - 01

Imagem gerada por inteligência artificial usando o DALL-E através do ChatGPT da OpenAI

ADOLESCENTES EM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: SUJEITO DE LUGAR NENHUM

Maria de Fátima Pereira de Carvalho
ORCID: https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-4479-7640.
E-mail: maria.carvalho12@hotmail.com.

Ana Carolina Peixoto do Nascimento
ORCID: orcid.org/0000-0002-2051-7838.
E-mail: ana.carol57@hotmail.com.

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo compreender como é realizada a oferta de cuidado em saúde mental para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas no CAPS AD III em Palmas – TO. Para tal, realizou-se uma pesquisa qualitativa utilizando entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar neste serviço. Para análise dos dados, optou-se pela Análise Temática de Bardin, evidenciando que a oferta de cuidado é individualizada, com ênfase no cuidado médico e psicológico. Além disso, foi constatado inexistência de um fluxo ou planejamento para atendimento da demanda dos adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas. O estudo indicou também fragilidade no trabalho em rede, com centralização no CAPS AD, o que dificulta o trabalho interdisciplinar e a materialização da clínica ampliada. Por fim, a principal barreira para se trabalhar de forma intersetorial elucidada por este estudo está na heterogeneidade de campos discursivos acerca da adolescência e a dificuldade de escuta do próprio sujeito adolescente. É emergente que o CAPS, como serviço ordenador do cuidado em saúde mental, assuma seu lugar na mesa e convide os setores de cuidado para construção dessa rede intersetorial e, assim, se constitua o campo discursivo da rede e não de setores isolados.
Palavras-chave: Adolescência. Álcool e outras Drogas. Cuidado em saúde mental

ADOLESCENTS IN ABUSIVE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS: SUBJECT OF NOWHERE

Abstract: This research aimed to understand how mental health care is provided for adolescents who abuse alcohol and other drugs at CAPS AD III in Palmas, TO. To this end, qualitative research was carried out using semi-structured interviews with professionals who make up the multidisciplinary team in this service. For data analysis,

Bardin's Thematic Analysis was chosen, showing that the provision of care is individualized, with an emphasis on medical and psychological care. Furthermore, the demand for care for adolescents at CAPS AD III goes through the formulation of demands from the Socio-Educational Service Center, and not from the adolescents. The study also indicated a weakening in networking, with centralization in CAPS AD, which makes interdisciplinary work and the materialization of the expanded clinic difficult. Finally, the main barrier to working in an intersectoral way elucidated by this study is due to the heterogeneity of discursive fields regarding adolescence, and the difficulty in listening to the adolescent subject himself. It is emerging that CAPS, as a service that organizes mental health care, takes its place at the table and invites the care sectors to build this intersectoral network and, thus, build the discursive field of the network and not of isolated sectors.
Keywords: Adolescence. Alcohol and dther drugs. Mental health care.

Introdução

A adolescência, tal como é experimentada na contemporaneidade, foi histórica e socialmente construída. Sua compreensão passou por diferentes transformações ao longo dos anos, adquirindo significado a partir do momento histórico, econômico, cultural, social e ético de cada sociedade. Somente a partir do século XX, foi definida como um estágio de vida separado no ocidente, emergindo e dando lugar ao fenômeno da adolescência (ARIÉS, 1978; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Desse modo, o sujeito adolescente, imerso no meio social e cultural, moldará as características, o sentimento e a noção do eu; isto é, um sujeito que está situado no seu tempo histórico e que terá sua constituição psíquica determinada por essa condição (BOCK, 2007; FURTADO, 2002). Mas apesar de ter se delineado o seu reconhecimento enquanto sujeito no século XX, a preocupação com a saúde mental não se fazia presente.

A temática saúde mental para crianças e adolescentes foi inserida na agenda de políticas públicas no Brasil, ainda que de forma incipiente, somente no século XXI. Desponta a partir das mudanças de paradigmas nas décadas de 80 e 90, com a promulgação da Constituição Federal, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – legislações que inauguraram a doutrina de proteção às crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direito, em condição peculiar de desenvolvimento. Embora admitidos todos esses avanços, a pauta de saúde mental de crianças e adolescentes começou a ser discutida somente a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 (COUTO; DELGADO, 2015; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Isto posto, no que tange ao abuso de substâncias, a efetivação do direito de acesso à saúde se dá através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) "para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas", instituída pela Portaria n.º 3.088/2011 (BRASIL, 2011, não paginado), que dentre os seus objetivos específicos preveem: promover cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas. A referida portaria instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Contudo, em sua ausência, crianças e jovens devem ser atendidos em qualquer outra modalidade de CAPS, incluindo os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas), objeto de estudo deste trabalho (BRASIL, 2011; BRASIL, 2002; GALHARDI; MATSKURA, 2018).

Os CAPS são serviços ambulatoriais com funcionamento segundo a lógica do território. A assistência prestada ao paciente inclui atividades diversas, as quais visam a reabilitação psicossocial, cita-se: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

No que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas entre adolescentes, é relevante o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino, conduzido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2010, que contou com amostra de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular, de todas as capitais do país. Em relação ao gênero, 51,2% eram do sexo feminino e 47,1% masculino. Houve predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos. Deste universo, 25,5% dos estudantes responderam terem feito *uso na vida* de alguma droga (exceto álcool e tabaco); 10,6% referiram *uso no último ano,* e 5,5% *uso no último mês* (CARLINI *et al.*, 2010).

Neste levantamento, Palmas–TO contou com amostra de 1.593 estudantes, sendo 768 da rede pública e 825 da rede particular, com predomínio de faixa etária de 13 a 15 anos. Destes, 28,9% afirmaram ter feito uso na vida, enquanto 9,7% referiram uso no último ano e 4,7% no mês (CEBRID, 2010). Esses números demonstram prevalência de uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes, o que aponta um cenário preocupante em termos de saúde pública.

Além disso, para Silva, Oliveira e Pachú (2021), o uso abusivo de álcool e outras drogas nessa fase de desenvolvimento traz diversas consequências no contexto de aprendizagem do adolescente, como absenteísmo, abandono e fracasso no ambiente escolar; também, o isolamento social e o desenvolvimento de transtornos mentais.

Apesar destes números e seus reflexos, a literatura sobre o consumo de álcool e outras drogas na adolescência tem centrado na análise das consequências nocivas à saúde, sendo escassa a produção de estudos que permitam uma compreensão ampliada do fenômeno e abordem a assistência em saúde. Deste modo, evidencia-se a necessidade de abordagens sistêmicas e complexas, centradas no reconhecimento das especificidades desses períodos da vida e nas possibilidades de acolhimento, vinculação e escuta, à altura da relevância do tema nos cenários nacional e internacional (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018).

Ademais, observa-se uma escassez de publicações de propostas e relatos de experiências no que diz respeito à oferta de cuidado/tratamento em saúde mental para adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim, faz-se necessário a realização de pesquisas que auxiliem na compreensão desse cenário. Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender como é realizada a oferta de cuidado em saúde mental para adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas no CAPS AD III em Palmas–TO.

Método

Esse artigo é resultado da pesquisa de conclusão de residência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas–TO. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo e exploratório, e teve como contexto de coleta de dados o CAPS AD III do município de Palmas–TO. Foram entrevistados oito profissionais, seis efetivos e dois residentes do PRMSM, no período de agosto a setembro de 2023, que exercem a função de técnico de referência no serviço. A entrevista foi guiada por um roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora, abarcando perguntas sobre fluxo de atendimento do serviço para os atendimentos dos adolescentes, plano de cuidado ofertado, atividades em grupo, serviços da RAPS que atendem adolescentes com essas demandas.

O presente estudo aderiu integralmente aos procedimentos estipulados pela Resolução CNS n.º 466/12 (BRASIL, 2013), a qual regulamenta a condução de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como à Resolução CNS n.º 510/2016, a qual normatiza especificamente

pesquisas no âmbito das Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). Destaca-se que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE 70171423.0.0000.9187.

Considerando as entrevistas, para resguardar o sigilo dos participantes e evitar identificação, foram nomeados os profissionais efetivos (E) e residentes (R), seguidos de um número de 1 a 8, em ordem aleatória, a fim de diferenciar as falas. Para contribuir com a análise das entrevistas, utilizou-se dos diários de campo da pesquisadora. Essa ferramenta proporciona aproximar o leitor do "território afetivo, pelo eco das memórias, falas, gestos" (PEZZATO *et al*., 2019, p. 37) presentes no campo de pesquisa. Ademais, contribui como instrumento de autoanálise do pesquisador, pois a inserção em campo implica um questionamento das próprias práticas e modulação das mesmas a partir do encontro com o objeto de pesquisa.

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2010). Segundo a autora, o principal objetivo do método é analisar o que foi dito em meio a uma investigação, possibilitando construir e apresentar concepções acerca do objeto de estudo. Para isso, seguem-se as etapas descritas pelo método: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Referente à primeira etapa, foi realizada a leitura do material coletado para análise**.** Na segunda etapa foi realizada a tabulação, que consiste numa agregação das temáticas semelhantes em núcleos de sentido. A partir disso, realiza-se a codificação pelas quais emergem as categorias representativas dos núcleos de sentido, sendo elas: cuidado aos adolescentes em privação de liberdade; ofertas de cuidado; articulação intersetorial: sujeito de lugar nenhum.

Resultados e discussão

Cuidado aos adolescentes em privação de liberdade

> "É sempre tenso, primeiro pela forma como são trazidos, acompanhados pelos agentes, algemados e com escolta armada. Desestabiliza quem atende e quem está aguardando atendimento. A recepção anuncia ao profissional responsável pelo acolhimento do dia. Este sai para o acolhimento e, via de regra, quando retoma, pergunta-se por qual ato infracional o mesmo cumpre a medida. Não se pergunta pelo sujeito. Sua história. Seus sonhos. Seus anseios." (Trecho do Diário de Campo, 24 maio 2022).

A respeito dos atendimentos de adolescentes no CAPS AD, foi constatado que em sua maioria estão cumprindo medidas socioeducativas no Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE). Reafirmando o caráter de proteção integral de crianças e adolescentes, o ECA prevê seis modalidades de medidas socioeducativas que podem ser aplicadas aos adolescentes que cometeram algum ato infracional, a saber: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação. Essas medidas têm como objetivos: responsabilização do adolescente quanto aos seus atos, incentivando que se faça reparação; integração social do adolescente e a garantia dos seus direitos, por meio do cumprimento do seu plano individual de atendimento; e desaprovação da conduta infracional (BRASIL, 1990).

Faz-se importante lembrar que os casos de internação devem considerar o princípio da brevidade, pois Rissato, Arcoverde e Alves (2021) explicam que a privação de liberdade prolongada desconecta o indivíduo da sua vida cotidiana, dos desafios e dificuldades concretas, processo este que dificulta a reinserção social, como também de acesso à gestão de suas necessidades e desejos. Outrossim, inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com finalidade de conhecer a realidade das unidades de medida socioeducativa no Brasil, concluiu que os adolescentes são submetidos a privação de respeito, dignidade, privacidade e integridade física, moral e psicológica, no qual seu fim último é a desumanização do tratamento (CFP; OAB, 2006).

No que diz respeito ao atendimento destes adolescentes no CAPS AD, os profissionais relataram dificuldade na efetivação do trabalho com este público por estarem em privação de liberdade, expressando que essa condição impossibilita a continuidade no cuidado e limita o rol de oferta de intervenções, como demonstrado nas falas:

> "Hoje, a gente trabalha mais com o CASE, né? E que é mais individualizado, uma perspectiva individualizada, né? Mas com um acompanhamento específico, né? Com uma demanda mais específica, assim, né? Que eles não têm condições de trazer um coletivo, né? Pelas questões de logística, né? Então, a gente acaba se adaptando a essas situações, né?" (E,2).

> "[…] Quando o paciente é transferido, a gente não sabe. A gente entra em contato pra saber o motivo que faltou nas psicoterapias. Aí a gente sabe, depois de realizar a busca ativa." (E,3).

> "Muitos dos adolescentes que são atendidos aqui são demandas vindas do CASE. E no CASE, esses adolescentes não podem participar de grupos, porque eles vêm ao serviço de forma individual, eles vêm com a equipe do sistema. Então, isso também

> já foi discutido e isso acaba dificultando essa oferta de grupos. Então, para esse público específico do CASE, existe esse impedimento dos grupos, mas poderia ser ofertado para o grupo e para os adolescentes que não são encaminhados pelo CASE" (R,7).

A respeito do atendimento ao adolescente em conflito com a lei, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), estabelecida pela Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014, no Artigo 12, orienta que "a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde" (BRASIL, 2014a, não paginado). De modo que, se houver equipe dentro da unidade socioeducativa, a equipe da Atenção Primária de Referência irá promover a articulação para a inserção do adolescente na rede de saúde.

Relacionado a saúde mental, a referida política propõe que a equipe de atenção básica poderá ser acrescida de profissionais de saúde mental, a saber: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, de modo que o número de profissionais dependerá da quantidade de adolescentes assistidos. Para a implementação, contará com a participação conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizar a unidade socioeducativa.

Contudo, pesquisa realizada por Costa e Silva (2017) revelou que o tratamento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa acontece internamente (unidade socioeducativa) ou em alguma modalidade de CAPS, de modo que não encontraram registro de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso demonstra fragilização na adesão à PNAISARI.

Na esteira dessa discussão, é importante marcar que, apesar de necessário, o tema que versa sobre saúde mental e adolescentes privados de liberdade é marcado por lacunas de produção acadêmica, de forma que dificulta delimitar quais são as contribuições do SUS para essa oferta. A esse respeito, existe uma tendência nos estudos nacionais, quanto nos internacionais, em dar ênfase a partir da descrição de prevalência de transtornos mentais. Por outro lado, carece de produção que mostre/compartilhe experiências da efetivação do cuidado/manejo aos transtornos e como isso se dá a partir de articulação na RAPS (GAMA, 2017; ARÊAS NETO; CONSTANTINO; ASSIS, 2017).

Nesta direção, as respostas dos entrevistados corroboram com outras pesquisas (COSTA; SILVA, 2017; PICOLLI; ARRUDA, 2023) que demonstraram que a solução à demanda de saúde mental têm sido medicalização e psicologização da demanda. Aqui, a categoria analítica medicalização compreende o ato de tornar um problema, individual ou coletivo, em explicação médica, no qual o tratamento ofertado é a intervenção deste profissional (COSTA; SILVA, 2017). Por sua vez, psicologização é o processo de tornar os acontecimentos da vida social do sujeito, o seu cotidiano, as relações que ali se estabelecem em explicações psicológico-existenciais. De forma que as relações de opressão e exploração são atribuídas ao território psíquico, portanto, interior ao sujeito (COIMBRA; LEITÃO, 2003).

Ademais, a oferta de atendimento em saúde para adolescentes privados de liberdade é permeada de desafios, estigmas e preconceitos, uma vez que esse adolescente rompeu com o contrato social, bem como as normas e as regras estabelecidas pelo corpo social (BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2010). O atendimento perpassa a subjetividade dos profissionais que o realizam. Eles, muitas vezes, de forma involuntária, reproduzem preconceitos e demonstram compreensão da realidade baseados no discurso social que desumaniza esses adolescentes (RISATO; ARCOVERDE; ALVES, 2021).

Para romper com este ciclo de preconceitos e estigmas, a doutrina de proteção integral prevê que os serviços de saúde mental infanto-juvenil devem assumir "uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas" (BRASIL, 2005, p. 28). Para tanto, é necessário ir além do receber a demanda e empreender esforços na desconstrução/reconstrução dos discursos sobre esse grupo.

Contudo, os profissionais expressam a não existência de um fluxo para atendimento desta demanda, ou planejamento para tal, e as ações se limitam ao fazer técnico, de modo que o atendimento é realizado em resposta à demanda produzida pelo CASE. Frente a isso, questiona-se: se os adolescentes não tivessem a obrigatoriedade de estarem ali, eles estariam? A ausência de adolescentes que não estão inseridos no sistema socioeducativo, oferece pistas a essa pergunta. Não é objetivo falar pelos adolescentes e dizer o que é ou não melhor para eles, mas abre-se espaço para essa reflexão.

> "Até o momento, um fluxo específico, não. Estruturado um protocolo, não existe, né? Existe um fluxo mental, de quê? De reduzir a permanência do adolescente no espaço em que contém outras pessoas que não são da mesma faixa etária que eles." (E,1).

> "Não, até onde eu sei, não tem um fluxo específico, mas tem alguns cuidados que são tomados quando existe um atendimento para adolescente, como adolescente. No caso, os grupos, não é permitido que os adolescentes participem de grupo com outras pessoas que são maiores de idade. Agora, algo específico, não, seria só uma recomendação." (R,7).

> "Não tem assim uma linha específica para trabalhar. Não, esse aqui é para adolescentes. Nós temos grupos específicos para adolescentes? Não. A gente trabalha, o que temos a gente vai adaptar e adequar a essa faixa etária, né? Essa população, esses usuários." (E,4).

Frente a não existência de fluxo específico para atendimento aos adolescentes, abre-se espaço para rememorar que não existe fluxo definido pelo Ministério da Saúde, orientando como devem acontecer os atendimentos, ficando a critério de cada município organizá-lo segundo a sua demanda. Tal inexistência evidencia a categoria exclusão/inclusão proposta por Sawaia (2008), em que ambas constituem par indissociável.

Tomo essa definição emprestada para pensar como a inserção desses adolescentes no serviço se dá via exclusão do convívio social, para o qual se prevê inclusão em serviços garantidos por um aparato jurídico. Contudo, no corpo e no discurso social deste serviço, estes sujeitos permanecem na existência de não lugar, na exclusão, ainda que incluídos como corpos biológicos nos quais incidirão intervenções, mas que não é significado e permitido pertencer.

Nessa linha de reflexão, o pertencimento encontra o obstáculo da própria condição de internação a que está submetido e também pelo discurso de que estes adolescentes precisam ser protegidos dos adultos que por ali circulam, os quais poderão influenciá-los negativamente.

> "[…] Então, isso é uma falha, né? Nós não temos esse lugar em que o adolescente vem e ele convive com outros adolescentes e que ele interage com outros adolescentes. Não, a gente tem um lugar em que é adulto, lugar de adultos, né? Não está previsto nesse serviço o atendimento com adolescentes, né" (E,2).

> "Não, no momento não, porque as preceptoras explicaram para a gente que eles não podem se misturar com os outros usuários. Só se fosse só eles do CASE, mas não tem uma oficina terapêutica com eles." (R,6).

> "Eu não posso misturá-lo com outras pessoas que têm outros comportamentos, talvez com mais experiência, entendeu? Que possa estar prejudicando ele ou em vez de ele estar vindo aqui, os pais deixando ele aqui para ele fazer uma tarde de acolhimento diurno aqui, por exemplo, ele está se envolvendo e saindo aqui com mais conhecimento para aquilo que não é o ideal para a gente." (E,4).

No entanto, é uma adolescência privada do convívio com seus pares, visão fortalecida pelo discurso social que oferece risco de influências negativas.

> "Eu acredito que é um público que existe, existe a demanda e que acho que é importante que tenha um olhar voltado para esse público, com ações específicas dentro das possibilidades, mas eu acho que cabe ao serviço, à oferta desses serviços. É isso, acho que tem que ser pensado, discutido e até dentro do próprio CAPS, quando se fala do CAPSi, existe uma polêmica com relação a esse atendimento para os adolescentes que fazem uso de substâncias, vai ser junto com os outros adolescentes, como que vai funcionar, então acho que isso é algo que precisa ser pensado pela rede também." (R,7).

A colocação aponta a necessidade de discutir esse aspecto, o qual nomeia polêmico. Como a RAPS de Palmas tem discutido e planejado o atendimento a esses adolescentes? Uma vez que, na iminência de inauguração do CAPSi, serviço destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, não está sendo pautado como será realizado o atendimento de adolescentes em uso de substâncias psicoativas, mas sim sua impossibilidade. Se por um lado existe o discurso de que esses adolescentes são más influências para seus pares, propõe-se a reflexão contrária: pode a convivência e a troca afetiva provocar mudanças de comportamento e projetos de vida?

É preciso propor intervenções para além da tríade adolescentes-substância psicoativa-atos infracionais, atividades que tornem possível a responsabilização subjetiva, para além da responsabilização jurídica. Souza (2016) propõe a diferenciação desses conceitos, em que o primeiro diz respeito à possibilidade do adolescente responder pelo ato infracional de maneira singular, proporcionando um reposicionamento do adolescente frente a vida e suas escolhas, isso facilitado pela abertura para expressar sua relação de mal-estar estabelecida com a sociedade. A segunda diz respeito ao cumprimento de uma sanção pelo ato infracional, dentre aquelas previstas no próprio ECA.

Portanto, há que se fazer aposta em espaços nos quais eles possam falar sobre suas histórias de vidas sob sua própria perspectiva, para que assim, ao falar e ser ouvido, possam questionar suas próprias verdades. Para esse processo de responsabilização, Melgaço e Almeida (2016) apontam o Plano Individual de Atendimento (PIA), instrumento previsto pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) com objetivo de tornar o cumprimento da medida individualizado, no qual o adolescente participa ativamente de sua elaboração. Conforme os autores, durante a escrita do documento, que ao final será enviado ao judiciário, é esperado que o adolescente comece o seu processo de responsabilização por sua vida e suas

ações, visto que exige a reflexão sobre vários aspectos de sua vida, como escolarização, relações familiares e comunitárias, gestão de sua saúde e seus atos infracionais (MELGAÇO; ALMEIDA, 2016).

Assim, será possível romper com o "rótulo *que* costura rente aos corpos, adere à pele, atravessa as falas, impede os risos" (GONÇALVES; FRANÇA, 2013, p. 52, grifo nosso). Dito de outra forma, é preciso apostar na capacidade dos adolescentes de (re)inventar novos modos de ser. Para tanto, é imprescindível que os profissionais imersos nesse processo de cuidado questionem, sempre que necessário, qual o lugar que esses adolescentes ocupam em seu imaginário social.

Ademais, Otoni (2016) relembra que é muito comum os adolescentes atribuírem a quem os atende (seja na saúde ou na instituição socioeducativa) a ideia de detenção de poder sobre suas medidas, o que se expressa em pedidos de intervenção junto ao juiz para amenizá-las ou extingui-las.

Por isso, é necessário que o profissional renuncie esse lugar de poder e maneje os sentimentos difíceis que o campo intersubjetivo lhe provoca, permitindo o deslocamento do adolescente do lugar cristalizado no discurso social como "menor" para que emerja o sujeito. Assim, ele consentirá ser acessado sem medo de que sua vulnerabilidade seja exposta em um relatório, que em seu imaginário poderá prejudicá-lo, de forma que não avalie os dispositivos de saúde como extensão da unidade de medida socioeducativa.

Ofertas de cuidado

> "Sou convocada para atender um adolescente. Esse caso permanece vivo em minha memória porque o paciente tinha um olhar cheio de desesperança. Contou que tinha planejado sua morte. Via essa como sua única saída. Narrou que era faccionado e morrer era uma forma de garantir liberdade para ele e sua família. Mudar a rota da vida não era mais possível, o pacto feito com a facção lhe exigia servidão eterna. Comunico aos agentes do planejamento de morte, insinuam que estou sendo enganada. Insisto nas orientações de manejo da crise suicida. Negam a verdade do sujeito. Solicito ajuda dos colegas profissionais. Insistimos nas orientações. Vão embora. Marcamos retorno. Não retornam" (Trecho do Diário de Campo, 06 abr. 2022).

Foi possível elucidar as ofertas de cuidado aos adolescentes que frequentam o CAPS AD III, seja por encaminhamento do CASE ou por demandas espontâneas que chegam ao serviço:

> "O atendimento dele é individual e o que a gente oferta são psicoterapias individuais e atendimento médico e a escuta com TR, né? Esses são os atendimentos que a gente faz com o adolescente aqui dentro" (E,5).
>
> "No momento, o CAPS só está oferecendo a psicoterapia individual e o acompanhamento com Psiquiatra" (E,8).
>
> "No caso, o que a gente tem que pode ser ofertado para os adolescentes é o atendimento médico, o acompanhamento com o médico, as medicações são fornecidas, são dispensadas, e a psicoterapia individual. São esses os serviços que a gente consegue ofertar aqui para os adolescentes" (R,7).
>
> "A psicoterapia, né? Individual e a consulta com o psiquiatra" (R,6).

As falas evidenciam a oferta de cuidado centrado no atendimento às demandas individuais, priorizando consultas com os profissionais psicólogos(as) e psiquiatras. Este achado corrobora com Mancilha (2015), que a partir de revisão integrativa constatou que as práticas em saúde para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas são focadas em intervenções sobre a substância e na doença, em detrimento do sujeito, como também evidencia a não efetivação do cuidado a partir do paradigma da clínica ampliada. Faz-se importante reiterar a clínica ampliada como ferramenta teórica que possibilita que o cuidado seja realizado em rede, de forma que o olhar para este sujeito considere a singularidade e a complexidade do processo saúde/doença, possibilitando a construção de um plano de cuidado que abrange a vida como todo e não somente os aspectos individuais (BRASIL, 2014b; FERREIRA NETO, 2008).

Assim, este modo de produzir cuidado revela que a mudança de paradigma, reconhecendo-os como sujeitos de direito à voz e vez, esbarra na dificuldade de sua implementação de base comunitária e não institucionalizante. Essa dificuldade carrega e denuncia a forma como as políticas públicas de cuidado para esse público se desenvolveram no curso da história do Brasil, a partir de normativas jurídicas, como o Código de Menores de 1979. O documento orientou políticas de segregação, justificadas pela concepção da adolescência como uma fase problemática.

Mancilha (2015) aponta para a necessidade de conhecer a concepção dos profissionais a respeito da adolescência, pois a relação profissional-usuário pode ser fator predisponente para

a adesão ou não ao tratamento (se positiva) ou favorecer a evasão (se negativa). Ainda, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) propõe que a oferta de cuidado para adolescentes perpassa pela garantia do direito à palavra, mas como escutar quando já existe uma expectativa para essa escuta? Assim como demonstrado nas falas a seguir, a expectativa é que sejam de difícil acesso, baixa adesão, dificuldade em construir vínculo.

> "Normalmente, é o acompanhamento mais individual mesmo, sabe? Uhum. Porque, primeiro, porque, como eu te falo, né? É difícil a adesão do adolescente, né?" (E,2).
>
> "Então, o adolescente, de maneira geral, por essa especificidade dele, dessa dificuldade de acesso a eles, por muito ser um usuário, por exemplo, no anonimato, escondido, sem que familiares saibam, muitas vezes é só ele e o grupo de amizade deles […]". (E,4).
>
> "Assim, o adolescente, muitas vezes, né? Em se tratando de uso de substâncias, né? Ele não tem, normalmente, uma crítica, né? Ele não olha aquilo como um problema para a vida dele, né? Ele está alucinado, encantado pela vida e pelos acontecimentos que ela proporciona para ele, né? Então, ele está muito ainda numa flutuação em relação a essa questão, né? Então, ele não tem uma crítica. O difícil do adolescente é construir vinculações com ele, né?" (E,2).

Baduy *et al.* (2016) apresentam a ideia de que no encontro entre profissional de saúde e usuário do serviço, quando é realizado uma avaliação "sobre" o usuário em detrimento de "com" ele, se produz uma fotografia daquele determinado momento da vida do sujeito, que passa a subsidiar práticas e discursos sobre ele e, assim, enrijecer o sujeito em uma imagem imutável. Aqui não há intenção de desqualificar as ações de cuidado, menos ainda propor como deve ser, mas proporcionar reflexão no que diz respeito às ofertas que são feitas e muitas vezes recusadas pelo usuário, porque foi proposta para o perfil que o profissional/serviço criou do sujeito e não para quem ele realmente é.

Ainda nesse campo reflexivo, emerge a necessidade de inverter essa lógica e analisar o quanto os serviços de saúde são atraentes para os adolescentes. Para isso, faz-se importante que os serviços garantam a ambiência, conceito previsto na Política Nacional de Humanização, o qual envolve desde espaço físico (arquitetura, disposição de salas, móveis e etc.) social, profissional e as relações interpessoais, que devem favorecer o cuidado embasado no acolhimento e resolutividade. Do exposto, evidencia-se a necessidade de pensar e planejar um serviço atrativo para esse público em meio a um ofício que tem funcionado para adequar o acesso do adolescente ao que já existe, em detrimento de adequar a oferta às reais necessidades em saúde – como demonstram os participantes:

> "Pois bem, como eu citei anteriormente, não há assim um PTS específico, certo? Para adolescentes, por se tratar de uma instituição generalista, né? Ela tem homens, masculino, feminino, adolescente, certo? Então, com isso, você tem que trabalhar justamente na adequação […]" (E,4).

> "Talvez a gente não tenha um lugar específico para trabalhar com os adolescentes, né? Porque a gente acaba tendo que incorporar o serviço, né? A demanda, porque nós não temos o CAPSi, né? Porque a gente é uma especialidade, a nossa especialidade é álcool e drogas, né? E acabamos incorporando a demanda infantil juvenil. Então, assim, há um desvio, né? Há um desvio, há uma adaptação institucional em função da não existência de um serviço na rede, entende?" (E,2).

> "Mas a gente está vendo que a quantidade de adolescentes está crescendo e a proposta é que se aparecer alguém que tenha mais afinidade para lidar com adolescentes, que a gente monte um grupo" (E,5).

Couto, Duarte e Delgado (2008) enfatizam que manifestações psicopatológicas, fatores protetivos e de risco, como também estratégias de cuidado e organização do serviço para atendimento de adolescentes, possuem especificidades que não são atendidas com a extensão das estratégias de cuidado oferecidas à população adulta. Contudo, as pistas oferecidas pelos profissionais indicam um fazer em que é ofertado o que se tem, no sentido de adequar a demanda do sujeito ao que o serviço pode/tem a oferecer, restando pouco espaço para a inventividade.

Ademais, Mancilha (2015) constatou que a oferta de benefícios secundários pode favorecer a adesão ao tratamento, como a oferta de passe livre, alimentação, avaliação médica para outras necessidades, além das questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, oferta de cuidados pessoais. No caso dos sujeitos deste estudo, o fato de sair da unidade socioeducativa e se deslocar pela cidade até o CAPS é uma semiliberdade que constitui ações estratégicas para o cuidado. Por outro lado, elenca que ambientes rígidos, hierarquizados e com foco em regras são fatores predisponentes para não adesão ao tratamento. Em detrimento a isso, a autora sugere a postura de negociação das regras e expectativas quanto ao tratamento dos adolescentes.

Para isso, é fundamental que os serviços sejam guiados pelas diretrizes da Política Pública de Assistência em Saúde Mental para crianças e adolescentes, a saber: reconhecer o adolescente como sujeito capaz de formular sua própria demanda; acolhimento universal; encaminhamento implicado; construção permanente de rede; e território, noção indispensável para quem trabalha com saúde mental, pois este ultrapassa a noção de espaço geográfico e é

tecido pelos fios de instâncias pessoais e institucionais que atravessa e constitui o sujeito psicossocial (BRASIL, 2005).

Ante o exposto, propõe-se que a "escuta atenta, corpo sensível, olhar vibrátil e outros que compõem a caixa de ferramentas do cuidado em saúde […]" (BADUY *et al*., 2016, p. 227) sejam revisitados sempre e, quando necessário, abastecidos, para assim, produzir práticas potencializadoras. Para isso, é necessário refazer percursos, pensar e criar novos arranjos, procurar coletivos, enfatiza Zamora (2008). Há que insistir na formação de rede(s).

Articulação em rede Intersetorial: sujeito de lugar nenhum

> "Proponho que pensemos na brincadeira 'batatinha quente'. Em roda os participantes passam a batata (ou outro objeto) de um participante para o outro, enquanto cantam o verso 'batatinha quente, quente, quente', até que música acabe e quem estiver com o objeto em mãos, sai da brincadeira. Utilizo essa ideia para ilustrar como muitas vezes esses adolescentes são encaminhados de serviço em serviço, sem que ninguém verdadeiramente aceite sua demanda. Embora tenham conquistado direitos, sua efetivação ainda esbarra em barreiras institucionais, seja por fluxos enrijecidos ou pela ausência deste. Essa é a imagem de como os adolescentes ficam de serviço em serviço, sem que ninguém os queira" (Trecho do Diário de Campo, 01 jun. 2022).

No cuidado em saúde mental para adolescentes, a articulação intersetorial se constitui como viga de sustentação de uma prática que tenha como objetivo a integralidade do cuidado. Vicentin (2006) corrobora com essa proposição quando diz que não tem como ofertar cuidado aos adolescentes sem que seja por meio interdisciplinar e intersetorial. Essa afirmação reforça a necessidade da construção de cuidado em rede, para evitar a fragmentação do cuidado, como no exemplo dado pelo entrevistado(a):

> "Na verdade, o que eu acho que fica muito aberto é essa forma do atendimento do adolescente ou criança que tá em unidade. Que a gente não tem, assim, a gente não tem aquela contrapartida deles. Sabe como é que tá o paciente, se o paciente tá aderindo. Quando o paciente é transferido, a gente não sabe. A gente entra em contato pra saber o motivo que faltou nas psicoterapias. Aí a gente sabe, depois de realizar a busca ativa. Não, o paciente foi embora. O usuário foi embora. Então, assim, a gente fica sem informações, né? E isso é um pouco frustrante." (E,3).

A queixa faz referência à importância da dimensão relacional, de produção de vínculo, denominado por Merhy e Franco (2003) de tecnologias leves em saúde, fundamental para o campo da saúde mental. Desse modo, a relação entre os profissionais das diferentes instituições responsáveis pelo cuidado do adolescente pode ser potencializadora ou não do processo de

cuidado. A fala demonstra frágil comunicação entre os profissionais do CAPS AD e CASE. Portanto, trabalhar em rede intra e intersetorial implica agir de forma convergente, no qual não cabe o fazer indiferente, para que assim se cumpra a orientação de encaminhamento implicado (LIMA; GUIMARÃES, 2019; VICENTIN, 2006).

Dessa forma, o trabalho em rede permite o enriquecimento a partir da diversidade proveniente de diferentes saberes e permite a leitura ampliada dos fenômenos e, assim, pensar o cuidado de casos complexos e dinâmicos de forma criativa. Em continuidade, este modo de trabalho proporciona a inversão da lógica do encaminhamento, em que via de regra é passar o problema para o outro, na qual o sujeito, muitas vezes, fica de serviço em serviço e não tem sua demanda atendida. Para tanto, é importante marcar que o encaminhamento sem implicação não sustenta a construção do cuidado (VICENTIN, 2006; TÃNO; MATSUKURA, 2019; COUTO; DELGADO, 2010). Disso, apreende-se a necessidade de qualificação do encaminhamento:

> "Aqui no CAPS a gente tem uma vantagem do SISREG, né? Que funciona somente para médicos. Que faz esses encaminhamentos. Mas a gente também realiza a orientação, né? Que é o serviço de atenção básica, os CSC. Nós temos também, caso necessário, né? Se ele não permanecer nesse serviço, a demanda dele não se enquadra aqui. A gente faz também os encaminhamentos para a rede, né?" (E,1).

O SISREG é o Sistema Nacional de Regulação criado com o objetivo de gerenciar todo o complexo regulatório, desde a atenção básica à alta complexidade. Sobre este sistema, Lima e Guimarães (2019) marcam que, no ideal, o processo regulatório atua mediando o acesso do cidadão ao serviço de que necessita, subsidiando controle sobre os prestadores de serviço, seja para ampliar ou remanejar a oferta de vagas. Contudo, em pesquisa realizada pelas autoras, foi demonstrado que a regulação tem funcionado pela disponibilidade de oferta ou pela falta dela. De modo que o usuário permanece na fila de espera, com uma solicitação que pode demorar anos para ser atendida, levando ao prejuízo de sua saúde.

Essa lógica de encaminhamento pode favorecer a perda de contato com o caso e a desresponsabilização dos atores envolvidos na construção conjunta de um plano de cuidado. Ainda, o ato de encaminhar pode demonstrar resistência que casos complexos comumente despertam na equipe (DELGADO, 2011).

Os participantes, ainda, demonstraram desejo pela inauguração do CAPSi (até o momento da coleta de dados, essa modalidade de CAPS não integrava a RAPS do município

de Palmas –TO), pois será o dispositivo qualificado para atender as demandas de saúde mental dos adolescentes, como expresso pelos profissionais:

> "Então, assim, a gente não tem um CAPSi, né? Existe essa possibilidade de fazer, já existe o projeto, já existe a construção, né? O que não foi feito é a implantação definitiva, né? Nós não temos, nós temos o ambulatório infantil juvenil que responde de certa forma aleatória, né? Não é um trabalho, quer dizer, é uma adaptação, né? O ambulatório funciona como uma adaptação, não é um CAPSi, né? E atende todas as demandas da adolescência […] (E,2).
>
> "Bom, nesse caso, eu não sei te falar. Eu acho que é só o CAPSi mesmo, né?" (E,3).
>
> "E outra situação é entender qual vai ser a função do CAPSI nesse contexto" (E,5).

Isto incorre no risco da saúde mental se manter nos espaços "especializados", dificultando a articulação entre os diferentes níveis de atenção e complexidade, como também com a ampliação da rede de cuidado no território, como escola, domicílio, igreja, entre outros. É a ligação afetiva do paciente a esses dispositivos que possibilita a inserção social e, como já citado, a responsabilização subjetiva (VICENTIN, 2006; TSZESNIOSKI *et al*., 2015). Desse modo, a inauguração de novos dispositivos, paradoxalmente, pode vir a reforçar a desresponsabilização intersetorial, escancarando a fragilidade do diálogo entre diferentes serviços e redes.

Perante a interseccionalidade entre adolescente, uso abusivo de álcool e outras drogas e ato infracional, Delgado (2011) propõe a postura intelectual e ética de assumir que sabemos não o que fazer, o que, segundo o autor, nos leva a questionar o que tem sido feito.

> "Não sei, não tô nem sabendo. Não tô sabendo não, Maria. Esse dia veio um adolescente do NAI, trouxeram aqui, e que eu tive contato, foi o primeiro, né? Porque sempre vem esses lá do CASE mesmo, o que o pessoal traz aqui é CASE e esse do NAI que veio, porque para mim foi o primeiro, vamos ver se vem mais. Mas para mim só isso. […]" (E,8).

O serviço citado é o Núcleo de Atendimento Integrado (NAI), serviço especializado de atendimento para adolescentes em medida socioeducativa, inaugurado no dia 10 de maio de 2023 em Palmas –TO. Contudo, é expresso um certo desconhecimento a respeito do que será oferecido, como também a inexistência de comunicação entre as instituições. E assim, muitas ações vão sendo desenvolvidas de forma fragmentada, "é certo que numa RAS, cada componente desempenha funções peculiares, no entanto, é preciso que exista uma lógica

organizacional que a atravesse, além de um sentimento de pertença e responsabilização compartilhada entre nós da rede" (LIMA; GUIMARÃES, 2019, p. 8.).

Ademais, Delgado (2011) diz que é urgente a necessidade de identificar as compreensões, objetivos e necessidades em cada atendimento de adolescentes, pois muitas vezes o desejo é só de medicação, para assim fazer uma contenção química de adolescentes que, muitas vezes, estão denunciando as condições em que estão submetidos nas unidades de acolhimento (BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2010; RISSATO; ARCOVERDE; ALVES, 2021). Seja do CASE, NAI ou qualquer outra instituição.

À vista disso, a construção de uma rede intersetorial é um desafio e uma necessidade preeminente para efetivação de cuidado integral; contudo, adverte Couto e Delgado (2010):

> A parceria intersetorial assim proposta não se dá automaticamente. É preciso estar advertido da ilusão de que algo acontecerá de potente pela simples junção de diferentes setores convocados por conta de uma situação problemática. Frequentemente, isto gera um diálogo de surdos, uma babel, ou a impressão danosa de delegação de responsabilidade de um setor para o outro. A intersetorialidade, tal como pensada aqui, não guarda em si uma racionalidade própria que em exterioridade aos próprios setores os colocaria em ação. Ela requer a intervenção de uma presença viva para sua constituição. Na saúde mental infantil e juvenil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi), por seu mandato de ordenação da demanda no território sob sua responsabilidade, ou outras equipes de saúde mental, devem realizar esta presença no território, através da posição decidida de estabelecer como comum um problema que atravessa e implica diferentes setores (COUTO; DELGADO, 2010, p. 6).

Na ausência do CAPSi no atendimento à demanda de adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, cabe ao CAPS AD, como ordenador do cuidado em saúde mental, fazer sua presença viva e insistir na construção de redes, para, assim, acessar as dimensões da intersetorialidade na atenção à infância e juventude:

> […] uma dimensão mais molecular: a dimensão das tramas humanas, do tecido social que se forma entre os diferentes profissionais e crianças, agentes de saúde e as famílias; — uma dimensão micro: que são as tramas constituídas no interior das equipes e entre as equipes de trabalho, na arquitetura montada para o projeto terapêutico; — uma dimensão macro: que é a do tecido social entendido como as vontades políticas que se instalam em torno da criança: os esforços governamentais e os da sociedade civil (as políticas de saúde, de educação). (VICENTIN, 2006, p. 16).

Aprende-se que as linhas de costura dessas dimensões para formar um tecido capaz de sustentar a complexidade desses casos se mostram frágeis, abrindo espaços para as Comunidades Terapêuticas assumirem cada vez mais lugares nesses "buracos" que se formam pela ausência de atuação intersetorial:

> "[…] O que acontece, na verdade, é o apoio das comunidades terapêuticas, né? A gente vê que as comunidades terapêuticas estão atendendo essa demanda também" (E,2).

A inserção dos adolescentes neste espaço é contrária ao cuidado no território e retoma a política de segregação da adolescência, como também contradiz os direitos conquistados pela Lei nº 10.216. O Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017), conduzido pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com Ministério Público Federal, apontou o caráter asilar das CTs, uso de internação involuntária compulsória, com práticas de correção via castigo físico, e inúmeras violações aos direitos humanos.

Por fim, se reconhece que a principal dificuldade em instituir rede intersetorial se dá por cada setor responsável pela proteção da adolescência ter um campo discursivo próprio, como, por exemplo: o discurso clínico da saúde mental, o da justiça responsável pela tutela, a assistência social que assegura a proteção, a educação que visa a formação, entre outros. Isso se constitui, muitas vezes, numa barreira, em que cada campo de saber fala e ninguém escuta, sobretudo os adolescentes (COUTO; DELGADO, 2010). É emergente o CAPS, como serviço ordenador do cuidado em saúde mental, assumir seu lugar na mesa e convidar os setores de cuidado para a construção dessa rede intersetorial e, assim, se construir o campo discursivo da rede e não de setores isolados. Desse modo, ele assume a posição de entender as demandas que as instituições encaminham.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo compreender como é realizada a oferta de cuidado em saúde mental para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas no CAPS AD III em Palmas –TO. Essa pesquisa nasceu da angústia experimentada pela pesquisadora em seu primeiro cenário de prática da residência, enquanto R1, recém-formada no curso de psicologia e, desde então, curiosa pelo mundo de cuidado proporcionado pela rede de atenção psicossocial. Ao lidar com o trabalho real e com as práticas e discursos sobre os adolescentes que circulam nos espaços de cuidado, capturados por uma lógica eugenista e culpabilizadora, nasceu a vontade de estudar e poder contribuir de alguma forma.

Foi possível constatar que a oferta de cuidado é individualizada, com ênfase no cuidado médico, medicamentoso e psicológico. Essas formas de cuidar operam por dispositivos de

poder e controle, na medida que visam classificar, normatizar e disciplinar os corpos desviantes. Essa direção reforça a ideia da individualização do problema, na medida que enfatiza o sintoma, em detrimento das condições sociais, comunitárias, institucionais, familiares e econômicas que o atravessam.

A precarização dos vínculos pode comprometer as possibilidades desses adolescentes construírem projetos de vida e espaços de enraizamento. Essa constante experiência de instabilidade e desfiliação, reforçada por essas lógicas institucionais, pode produzir marcas na constituição subjetiva em que esse sujeito não se reconhece como parte de lugar nenhum.

Enfatizar a experiência desse "sujeito de lugar nenhum" torna-se, portanto, imperioso para descrever os adolescentes que transitam pelos serviços sem realmente pertencerem a eles. Essa lógica do encaminhamento cria um circuito no qual os adolescentes não encontram acolhimento contínuo e não constroem vínculos significativos com os serviços e com as equipes de cuidado.

Nesse sentido, a fragmentação do cuidado pode, em certa medida, recriar espaços de exclusão simbólicos pois, ainda que esses adolescentes não estejam institucionalizados nos espaços asilares, prisões ou hospitais, eles "circulam" pela rede sem, de fato, serem incluídos. Essa lógica de exclusão já fora discutida por Foucault em História da Loucura, ao explicitar o funcionamento dos antigos leprosários que, posteriormente, inauguram as instituições asilares para excluir e disciplinar aqueles desviantes de todo tipo (FOUCAULT, 1978).

Além disso, a demanda para atendimento de adolescentes no CAPS AD III perpassa a formulação de demandas do CASE e não dos adolescentes. A esse respeito faz-se necessário considerar a trajetória histórica da infância e juventude no Brasil, onde o Estado, por meio de políticas públicas revestidas do discurso de proteger a vida dos adolescentes, promoveu patologização em massa de problemas que denunciam outras questões socioculturais, econômicas e políticas, para além de uma sintomatologia psicopatológica. A patologização dos adolescentes transforma um fenômeno complexo, atravessado por múltiplos vetores, em um diagnóstico clínico. Assim, o adolescente deixa de ser um sujeito com história, relações e desejo, e se torna um "caso" a ser tratado, estabilizado e, em muitos casos, descartado se não aderir ao tratamento instituído.

A fragmentação do cuidado, a falta de orientações claras sobre o manejo junto a este público e a comunicação deficitária entre os serviços da rede contribuem para a lógica do

encaminhamento, evidenciando a desresponsabilização e desimplicação das equipes com o cuidado dos adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas e em cumprimento de medidas socioeducativas. Além disso, essa lógica do encaminhamento fomenta o cuidado ambulatorial, pois, identificou-se que as ofertas para esses adolescentes se dão, especialmente, no âmbito dos atendimentos médicos, escutas psicológicas e dispensa de medicação. Com a recente inauguração do CAPSi no município, o que se evidencia é a tendência dos demais serviços "respirarem aliviados", por agora sentirem que há um serviço para encaminhar – mais uma vez, operando na referida lógica.

Essa realidade apresentada evidencia a fragilidade do trabalho em rede, com centralização do cuidado no CAPS AD III, o que dificulta o trabalho interdisciplinar e a materialização da clínica ampliada. Isso indica a necessidade de investir na formação de parcerias intersetoriais, envolvendo setores como justiça, educação, cultura e assistência social, a fim de promover um cuidado integral que tenha como objetivo o desenvolvimento da cidadania plena e a reinserção social.

Nesse sentido, adota-se a postura proposta por Delgado (2011) de assumir que não sabemos o fazer; no entanto, não em um lugar de paralisação, mas de instigação a propor formação de rede e interlocuções a partir do entendimento de que não existem respostas (intervenções) simples para casos complexos. Dito isso, é imprescindível que o cuidado ofertado em saúde mental para adolescentes nos CAPS seja orientado pelo PIA integrado, construindo redes institucionais que sustentem vínculos e favoreçam a produção de subjetividade e pertencimento. Para isso é necessário investir na relação entre as instituições, especialmente os CAPS e o CASE, para que seja possível atender aos adolescentes em toda a sua dimensão e não somente a psicopatologia.

Nesse contexto, a inserção dos residentes de saúde mental nos serviços tem um papel fundamental ao promover fissuras no discurso instituído, enunciado os porquês de algumas práticas e fluxos, para os quais não existem respostas. Ao provocarem reflexões sobre os sentidos e finalidades das intervenções instituídas, os residentes promovem espaço para novas formas de cuidados alinhadas aos princípios da atenção psicossocial. No entanto, para que essa atuação seja de fato transformadora, é essencial que os profissionais residentes em saúde mental mergulhem nos paradigmas da Política Nacional de Saúde Mental, para, depois de um mergulho

em instituições que ainda guardam memória manicomial, não reproduzirem tais práticas em nome do cuidado.

Com isso, esta pesquisa também se insere nesse movimento de transformação, com objetivo de contribuir para o campo da produção científica a respeito do tratamento em saúde mental para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas – um tema ainda pouco explorado, conforme constatado ao longo do artigo. Além disso, o recorte refere-se à realidade encontrada no momento da sua realização, não tendo a intenção de cristalizar uma visão sobre esses serviços, uma vez que são dinâmicos e sujeitos a mudanças. Assim, confirma-se a necessidade de novos estudos após a implantação do serviço do CAPSi, para acompanhamento da dinâmica da rede e do lugar do adolescente nela.

Referências

ARÊAS NETO, Nilo Terra; CONSTANTINO, Patrícia; ASSIS, Simone Gonçalves de. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 511-540, jul./dez. 2017.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

BADUY, Rossana Staevie *et al*. Mas ele não adere! O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2010.

BOAS, Cristina Campolina Vilas; CUNHA, Cristiane de Freitas; CARVALHO, Raquel. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Revista de Medicina Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2010.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63-76, jun. 2007.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em tese**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019.

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

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 247, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 4 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 98, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46.

CARLINI, Elisaldo L. de A. (Sup.) *et al*. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2010; Brasília: SENAD, 2010.

COIMBRA, Cecília; LEITÃO, Maria Beatriz Sá. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 6-17, jul./dez. 2003.

CONCEIÇÃO, Déborah Santos *et al*. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-12, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); CONSELHO NACIONAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (OAB). **Inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei**: um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Brasília, DF: CFP, OAB, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1467-1478, maio 2017.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial: considerações preliminares. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010. p. 271-279.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 390-398, dez. 2008.

DELGADO, Pedro Gabriel. A reforma em Saúde Mental e os desafios na interface com a Justiça. Proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes em situações de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de Justiça. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). **Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas** São Paulo: CRP-SP, 2011.

FERREIRA NETO, João Leite. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 110-118, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FURTADO, Odair. O psiquismo e a subjetividade social. In: FURTADO, Odair. **Psicologia Sócio-histórica**: uma perspectiva crítica em psicologia. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

GALHARDI, Carina Curti; MATSUKURA, Thelma Simões. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018.

GAMA, Fabiana Lozano. **A assistência em saúde mental às adolescentes em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro**. 2017. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24060. Acesso em: 5 jan. 2024.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FRANÇA, Yasmim de Menezes. "Fica bandido!": pensando os adolescentes e os processos de sujeição criminal. In: JULIÃO, Elionardo Fernandes; VERGÍLIO, Soraya Sampaio (Org). **Juventudes, Políticas Públicas e Medidas Socieducativas**. Rio de Janeiro: DEGASE, 2013. p. 48-63.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 1-20, 2019.

MANCILHA, Grasiella Bueno. **A permanência de adolescentes em CAPS AD**: um olhar para a vulnerabilidade. 2015. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MELGAÇO, Paula; ALMEIDA, Bruna Rocha. O Plano Individual de Atendimento (PIA) nas medidas socioeducativas: para o adolescente, com o adolescente ou sobre o adolescente? In: MOREIRA, Jacqueline de Oliveira *et al.* (Org.). **Estatuto da criança e do adolescente**: refletindo sobre sujeitos de direito e responsabilidade. Brasília, DF: CFP, 2016. p. 182-198.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

OTONI, Marina Soares. A escuta de crianças e adolescentes em situação de risco: reflexões sobre uma prática com adolescentes em conflito com a lei. In: MOREIRA, Jacqueline de Oliveira *et al.* (Org.). **Estatuto da criança e do adolescente**: refletindo sobre sujeitos de direito e responsabilidade. Brasília, DF: CFP, 2016. p. 250-260.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEZZATO, Maria Luciane *et al*. Diário: Uma política de registro. In: MENDES, Rosilda; AZEVEDO, Adriana Barin de; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petroli (Org.). **Pesquisar com os pés**: deslocamento no cuidado e na saúde. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2019.

PICOLLI, Ana Clara Gomes; ARRUDA, Daniel Péricles. Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e saúde mental: uma revisão integrativa. **Argumentum**, v. 15, n. 3, p. 171-187, 2023.

RISSATO, Denise; ARCOVERDE, Marcos Augusto Moraes; ALVES, Murilo Schurt. A assistência integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade no Brasil: avanços e limites. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-12, 2021.

SAWAIA, Barder. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Barder (Org.). **As artimanhas da exclusão social**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2008.

SILVA, Maria Isabel Félix; OLIVEIRA, Leonara Vitória Brito; PACHÚ, Clésia Oliveira. O uso de drogas entre adolescentes: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-10, 2021.

SOUZA, Juliana M. P. de. Sobre a responsabilização no cumprimento da medida socioeducativa: reflexões a partir da prática. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: refletindo sobre sujeitos, direitos e responsabilidade. Brasília, DF: CFP, 2016.

TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-27, 2019.

TSZESNIOSKI, Luíse de Cássia *et al*. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 363-370, fev. 2015.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.

ZAMORA, Maria Helena. Os corpos da vida nua: Sobreviventes ou resistentes? **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 104-117, maio 2008.

Recebido em: 02/03/2024.
Aceito em: 23/02/2025.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

V.X, n.X, MÊS/20XX – *DOI:* http://dx.doi.org/10.20873/XXXXXXX

CARACTERIZAÇÃO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM PALMAS-TO, 2012 A 2022

CHARACTERIZATION OF SUICIDE ATTEMPTS BY EXOGENOUS INTOXICATIONS IN PALMAS-TO, 2012 TO 2022

CARACTERIZACIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO POR INTOXICACIONES EXÓGENAS EN PALMAS-TO, 2012 A 2022

Naiara Mesquita Almeida:

Profissional Residente pelo o Programa Multiprofissional em Saúde Mental (FESP/PALMAS-TO). E-mail: nnaiaramesquita@gmail.com | Orcid.org/0000-0000-000-0000

Jaciane Araújo Cavalcante:

Orientadora (FESP/PALMAS-TO). E-mail: | Orcid.org/0000-0000-000-0000

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

Como citar este artigo:

SILVA, M. A.; ALMEIDA, P. S..; COSTA, J. Proposta de Projeto Gráfico para a Revista "Desafios": um modelo de formatação em Microsoft Word. **Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715

RESUMO:

No contexto da saúde pública, a compreensão do suicídio é de extrema importância, dada a sua incidência crescente e as complexas dimensões que o envolvem. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos indivíduos que tentaram suicídio por intoxicação exógena no município de Palmas-TO no período de 2012 a 2022. Trata-se de um estudo com delineamento de coorte retrospectivo, descritivo e abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários sobre intoxicações exógenas relacionadas a tentativas de suicídio. A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2023, através do acesso ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), uma base de dados pertencente ao Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS). Os resultados desta pesquisa indicam que mais da metade das intoxicações exógenas por tentativa de suicídio registradas no município teve como causa medicamentos. Na variável raça/cor, observa-se um maior número de notificações entre a população negra, sugerindo maior envolvimento nesses casos. Quanto à escolaridade, as intoxicações foram mais prevalentes em indivíduos com ensino médio completo, principalmente entre adultos jovens do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos. A forma de intoxicação mais comum foi aguda única, com a evolução clínica indicando uma tendência para a cura sem sequelas. Espera-se que a partir desse estudo, seja possível traçar um perfil local da população de risco no município de Palmas, TO. Com o conhecimento desses dados, as políticas públicas de prevenção e assistência poderão ser melhor direcionadas para a realidade local, tornando essas ações mais eficazes e, consequentemente, contribuindo para a reversão dos índices de intoxicações exógenas relacionadas a tentativas de suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: Tentativa de suicídio; Suicídio; Intoxicação exógena.

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

ABSTRACT:

In the context of public health, understanding suicide is of utmost importance, given its increasing incidence and the complex dimensions it involves. This study aimed to describe the profile of individuals who attempted suicide by exogenous intoxication in the municipality of Palmas-TO from 2012 to 2022. It is a study with a retrospective cohort design, descriptive and quantitative approach, using secondary data on exogenous intoxications related to suicide attempts. Data collection took place between November and December 2023, through access to the Notification of Aggravations Information System (SINAN), a database belonging to the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The results of this research indicate that more than half of the exogenous intoxications for suicide attempts registered in the municipality were caused by medications. Regarding the race/color variable, there is a higher number of notifications among the black population, suggesting greater involvement in these cases. Regarding education, intoxications were more prevalent in individuals with completed high school, especially among young adult females, aged 20 to 39. The most common form of intoxication was single acute, with clinical evolution indicating a trend toward cure without sequelae. It is expected that from this study, it will be possible to outline a local risk population profile in the municipality of Palmas, TO. With knowledge of these data, public prevention and assistance policies can be better directed to the local reality, making these actions more effective and, consequently, contributing to the reversal of exogenous intoxication rates related to suicide attempts.

KEYWORDS: *Suicide attempt; Suicide; Exogenaus intoxication.*

RESUMEN

En el contexto de la salud pública, la comprensión del suicidio es de suma importancia, dada su incidencia creciente y las complejas dimensiones que lo involucran. Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil de las personas que intentaron suicidarse por intoxicación exógena en el municipio de Palmas-TO en el período de 2012 a 2022. Se trata de un estudio con diseño de cohorte retrospectiva, descriptiva y enfoque cuantitativo, que utilizó datos secundarios sobre intoxicaciones exógenas relacionadas con intentos de suicidio. La recopilación de datos se realizó entre noviembre y diciembre de 2023, mediante el acceso al Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN), una base de datos perteneciente al Departamento de Informática del Sistema único de Saúde (DATASUS). Los resultados de esta investigación indican que más de la mitad de las intoxicaciones exógenas por intento de suicidio registradas en el municipio fueron causadas por medicamentos. En cuanto a la variable raza/color, se observa un mayor número de notificaciones entre la población negra, sugiriendo mayor participación en estos casos. En cuanto a la escolaridad, las intoxicaciones fueron más prevalentes en individuos con educación secundaria completa, especialmente entre adultos jóvenes del sexo femenino, en el rango de edad de 20 a 39 años. La forma de intoxicación más común fue aguda única, con la evolución clínica indicando una tendencia hacia la curación sin secuelas. Se espera que a partir de este estudio sea posible trazar un perfil local de la población de riesgo en el municipio de Palmas, TO. Con el conocimiento de estos datos, las políticas públicas de prevención y asistencia podrán dirigirse mejor a la realidad local, haciendo que estas acciones sean más efectivas y, por ende, contribuyendo a revertir los índices de intoxicaciones exógenas relacionadas con intentos de suicidio.

Palabras clave: *Intento de suicídio; Suicidio; Intoxicación exógena.*

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

INTRODUÇÃO

No cenário da saúde pública, a compreensão do suicídio é de extrema importância, dada a sua crescente incidência e as complexas dimensões que o envolvem. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que suicídios têm aumentado em todo o mundo, chegando a ocupar a terceira posição entre as principais causas de morte nas faixas etárias de 15 a 44 anos (OMS, 2019). O Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios (BOTEGA, 2014). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS, 2017ª), a taxa de suicídio aumentou 12% entre 2011 e 2015, chegando a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, no Brasil, em 2015 (CRP DF, 2020).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), é importante situar o suicídio como um fenômeno complexo e multifacetado, com etiologia multifatorial. Esse fenômeno envolve uma ampla gama de fatores que vão desde aspectos distantes, como experiências adversas na infância, características genéticas e influências culturais, até fatores mais próximos, como traumas e o uso de substâncias psicoativas. Além disso, é essencial compreender o suicídio como uma experiência individual, marcada por uma ambivalência entre a busca da morte como meio de escapar do sofrimento e o desejo de ajuda.

Nesse contexto, Botega (2014) observa que os métodos utilizados nas tentativas de suicídio refletem uma complexa interação de fatores, incluindo o acesso a meios letais, preferências individuais e culturais, bem como a intenção subjacente ao comportamento autoagressivo. Notavelmente, os métodos não violentos, como o autoenvenenamento e a ingestão excessiva de medicamentos, são mais frequentemente associados ao sexo feminino, enquanto os homens tendem a recorrer a métodos mais drásticos. Nas tentativas atendidas em serviços de emergência no Brasil, é predominante o uso de métodos como a ingestão excessiva de medicamentos ou venenos, incluindo o chumbinho, um composto de pesticidas vendido ilegalmente como raticida.

Conforme Fukumitsu (2019), vários fatores de risco estão relacionados aos aspectos sociais e individuais, como tentativas anteriores de suicídio, transtornos psiquiátricos, condições clínicas debilitantes, história familiar de suicídio, alcoolismo ou transtornos psiquiátricos, estado civil (sendo divorciado, viúvo ou solteiro), situação de desemprego ou aposentadoria, luto e experiências de abuso sexual na infância, além da recente alta hospitalar da internação psiquiátrica.

Em consonância com as complexas dimensões que permeiam o comportamento suicida e a busca por sua compreensão, destaca-se um dado relevante relacionado à intoxicação exógena, um fenômeno interligado ao tema. Conforme a Vigilância Sanitária (BRASIL, 2022), a intoxicação exógena é caracterizada por um conjunto de efeitos nocivos que se manifestam por meio de alterações clínicas ou laboratoriais, decorrentes do desequilíbrio orgânico causado pela

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

interação do sistema biológico com um ou mais agentes tóxicos. São considerados agentes tóxicos as substâncias ou compostos químicos, de origem natural ou antropogênica, com potencial para causar dano a um sistema biológico, afetando uma ou mais de suas funções. Essa interação pode resultar em efeitos que variam de leves a graves, incluindo a possibilidade de levar à morte sob certas condições de exposição.

Dentre os principais agentes tóxicos envolvidos em intoxicações exógenas estão medicamentos, agrotóxicos, raticidas, produtos veterinários, produtos de uso doméstico, cosméticos, produtos químicos industriais, metais, drogas de abuso, plantas tóxicas, alimentos e bebidas (BRASIL, 2022). Magalhães (2017) também destaca que as intoxicações exógenas continuam a ser uma preocupação de saúde pública, devido ao elevado número de casos. Essas intoxicações podem ocorrer em ambientes ocupacionais ou domiciliares, geralmente resultando de acidentes ou do uso indiscriminado de substâncias, como medicamentos, produtos de limpeza e pesticidas.

A diversidade e amplitude dos fatores de risco associados ao suicídio demandam uma abordagem preventiva que leve em consideração vários cenários e envolvidos, conforme determina a Lei nº 13.819/2019 (BRASIL, 2019), os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias e pelos estabelecimentos de ensino públicos e privados ao Conselho Tutelar. O acionamento da rede externa deverá ser obrigatoriamente efetivado em casos de violência autoprovocada de crianças, adolescentes e idosos, nos quais o Conselho Tutelar e do Idoso terão que ser acionados, respectivamente. Casos de tentativa de suicídio deverão ser notificados, obrigatoriamente, em até 24 horas do conhecimento do evento pela profissional, tendo em vista a necessidade de intervenções emergenciais e maior efetividade da intervenção em crise em curto período, como articulação e encaminhamento para rede psicossocial.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico 2017, intitulado “Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde” que analisou os casos de tentativas e suicídios no Brasil de 2011 a 2016. Esse boletim epidemiológico se baseou em dados extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e nas declarações de óbito registradas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Os resultados desse levantamento foram fundamentais para orientar as próximas portarias e estratégias adoradas no tratamento desse fenômeno. De acordo com o Boletim, houve um aumento nas notificações de lesão autoprovocada, que subiu de 9.696 em 2011 para 30.013 em 2016 no caso de mulheres, e de 5.244 em 2011 para

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

15.455 em 2016 no caso dos homens. Isso representou um aumento de 209,5% e 194,7%, respectivamente, para o período analisado (BRASIL, 2017).

O estado do Tocantins demonstra preocupação com o aumento dos casos nos últimos anos. Entre meados de 1998 a 2006, o Estado ascendeu da 19ª para a 6ª posição nos índices de suicídio entre os estados brasileiros, com Palmas figurando entre as primeiras colocadas dentre as capitais brasileiras (SENA-FERREIRA et al., 2014). De acordo com um estudo realizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (2016), o número de incidências em Palmas representa mais de 50% dos casos totais, totalizando 154 ocorrências na capital em relação aos 352 gerais no Tocantins. Em um comparativo entre os anos de 2016 e 2018, os casos de suicídio triplicaram no Estado (Filho, et al., 2019).

Com intuito de contribuir para o desenvolvimento de políticas de controle de saúde na região Norte, este estudo terá como objetivo descrever o perfil dos indivíduos que realizaram tentativas de suicídio por intoxicação exógena no município de Palmas-TO, durante o período de 2012 a 2022.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo com delineamento de coorte retrospectivo, descritivo e com abordagem quantitativa (CAMARGO, SILVA, MENEGUETTI, 2019). Para tanto, a coleta de dados foi realizada por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os meses outubro e novembro de 2023. A população estudada foi composta por todos os casos de intoxicação exógena relacionadas a tentativas de suicídio, sendo separados por sexo, raça, faixa etária, escolaridade, agente tóxico e evolução do caso, notificados no munícipio de Palmas-TO, no período 2012 a 2022, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Os dados coletados foram organizados e tabulados utilizando os softwares TabWin/DATASUSS e Microsoft Excel na versão 2019. Após esse processo, foram submetidos a uma análise estatística descritiva, envolvendo o cálculo de frequência absoluta, relativa e média, com o objetivo de resumir e apresentar os resultados do estudo de maneira compreensível, contribuindo para a extração de informações valiosas do conjunto de dados.

Os resultados obtidos foram apresentados de maneira visual através de gráficos e tabelas, facilitando a visualização e análise dos dados. Essa abordagem permitiu uma compreensão mais eficaz dos padrões e tendências identificados durante o estudo. Como e trata de um estudo com dados secundários de domínio público disponíveis para acesso pela internet, os dados disponibilizados pela base de dados do DATASUS não identificarão os sujeitos, sendo, portanto, garantido o anonimato. Por essa razão, não foram necessários o requerimento de

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

assinaturas em termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assim como a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as recomendações da Resolução 466/132 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os casos notificados de tentativas de suicídio por intoxicação exógena confirmadas no município de Palmas-TO corresponderam a 1588 entre os anos 2012 a 2022. Em 2012, observou-se uma menor frequência dentro do período, com 52 notificações, enquanto que o ano 2022 se destacou, apresentando o maior número de notificações, totalizando 273, conforme ilustra a figura 1.

Podemos observar, a partir das análises de Santos (2022), que a falta de suporte financeiro nas políticas sociais resultou em um sucateamento. Nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022, notamos uma intensificação dos retrocessos nos direitos sociais. Os cortes substanciais nos recursos alocados para a política de saúde agravaram os desafios existentes. Paradoxalmente, durante a pandemia de COVID-19, que aumentou a demanda por essas políticas, houve um agravamento da precarização dos direitos, assim como das condições de vida e saúde das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, cabe aqui ressaltar que o Ministério da Saúde criou, em 2017, uma agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio, bem como para promoção da saúde no Brasil. Essa iniciativa visa ampliar e fortalecer ações relacionadas à promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral ao suicídio. O principal objetivo é a redução de tentativas e mortes por suicídio, levando em consideração os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno, bem como os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio.

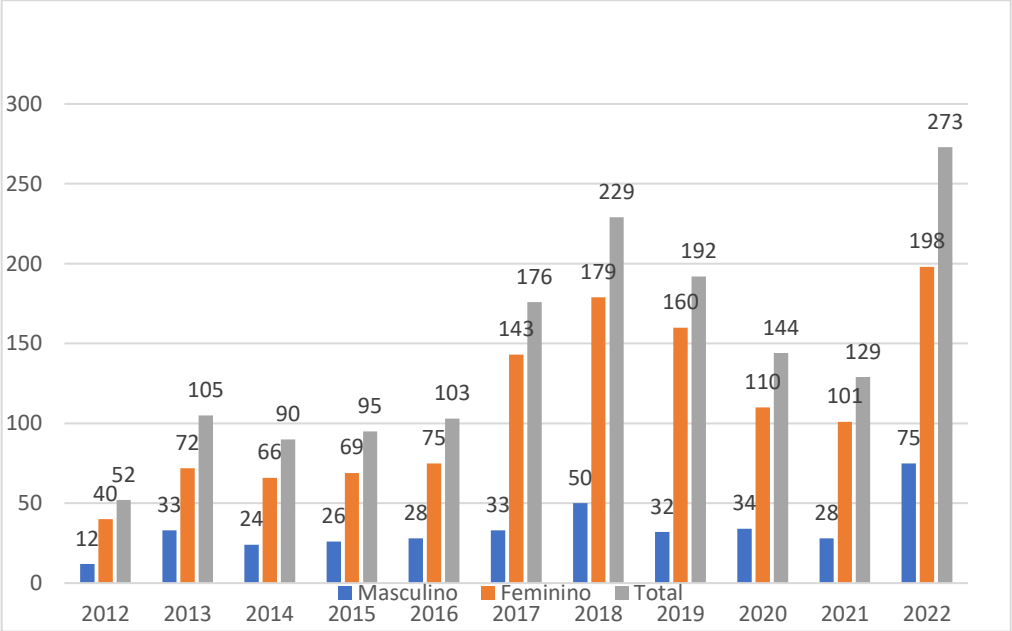
Como desdobramento significativo dessas políticas, poderia incluir a criação de espaços de escuta e acolhimento, como, por exemplo, um Núcleo de Atendimento Clínico (NAC) destinado a pessoas em risco de suicídio. Um exemplo disso é o NAC estabelecido no Serviço Psicologia Aplicada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (SPA/UERJ), denominado UERJ Pela Vida (Feijjo, 2018).

Dentre as ações de cuidado e prevenção do suicídio, destacam-se medidas como a viabilização de informações à sociedade por meio de campanhas educativas, esclarecendo comportamentos de riscos relacionados a intoxicações medicamentosas; o acesso terapêutico gratuito e de fácil acesso à população em todos os níveis de atenção à saúde; e a capacitação de profissionais de saúde para reconhecimento de fatores de riscos para tentativa de suicídio, identificando-os

REVISTA DESAFIOS

durante os atendimentos. Adicionalmente há a identificação da atuação dos profissionais de saúde por meio de orientação e educação em saúde para as famílias. Isso inclui supervisão e armazenamento seguro dos medicamentos em suas residências, abordados de forma dialogada com a utilização de figuras explicativas e espaço para questionamentos e esclarecimento de dúvidas (Araújo et al., 2020; Silva e Silva, 2019; Leite et al., 2021). Essas iniciativas representam uma das diversas propostas de intervenções visando à percepção e ao cuidado desse fenômeno.

Figura 1 – Distribuição dos casos de tentativa de suicídio por intoxicação exógena estratificadas, segundo sexo, no período de 2012 a 2022 (Palmas-TO, 2024).



Fonte: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Em relação à idade, constatou-se uma concentração significativa de intoxicações exógenas relacionadas à tentativa de suicídio na faixa etária de 20 a 39 anos, totalizando 865 casos (54,5%). As faixas etárias de 15 a 19 anos e 40 a 59 anos apresentaram, respectivamente, 424 casos (26,7%) e 186 casos (11,7%). Quanto ao sexo, as notificações revelaram que o feminino foi mais afeado, com 838 casos a mais do que o sexo masculino, conforme detalhado na Tabela 1.

No que diz respeito à escolaridade, observou-se que o maior número de intoxicações exógenas relacionadas à tentativa de suicídio ocorreu em indivíduos com ensino médio completo, representando 29,6% dos casos. Em seguida, aqueles com ensino médio incompleto compreenderam 18,4% das notificações. Os Indivíduos com ensino superior completo representaram 7,1%.,

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

enquanto 15,7% das notificações apresentaram o campo de escolaridade ignorado/branco, conforme descrito na Tabela 1.

É relevante salientar, conforme aponta Santos (2022), que persiste ao longo dos anos a desigualdade de gênero em nossa sociedade. As mulheres enfrentam injustiças desde o nascimento, na criação, na educação, na saúde e no trabalho, inclusive perante as políticas públicas que declaram proteger todos os cidadãos por igual. No contexto atual da sociedade capitalista, elas são frequentemente reduzidas a meros objetos reprodutores, com suas necessidades ignoradas por não se alinharem aos ideias desse modo de produção. O capitalismo, impregnado pela ideologia patriarcal, colabora na criação de relações de poder desiguais entre homens e mulheres, reforçando um modelo feminino que as subjuga. Essas relações desiguais de gênero podem impactar adversamente a saúde mental, especialmente durante o período pandêmico da COVID-19, quando as responsabilidades adicionais de cuidado e as funções doméstica se intensificaram. O espaço doméstico permanece um lugar de trabalho invisível, e, associado ao contexto pandêmico, a sobrecarga de trabalho aumentou, afetando significativamente a saúde mental feminina (Santos, 2022, p.56).

Dantas (2023), por sua vez, destaca a necessidade imperativa de uma articulação intersetorial nas políticas públicas brasileiras. Essa articulação deve abranger áreas como saúde, direito, assistência social e os setores da sociedade civil. O objetivo é compreender o sofrimento ético e político específico enfrentado por mulheres negras, indígenas, pobres e LGBTQIAPN+. Nesse contexto, torna-se importante a busca pela redução do estigma e pela mitigação de vulnerabilidades estruturais que, sem dúvida, desempenham um papel significativo na diminuição dos comportamentos suicidas. Essa abordagem não apenas visa á promoção da saúde mental, mas também contribui para a construção de um Brasil que ofereça condições habitáveis para todas as pessoas, sem distinção.

Segundo o estudo realizado por Gerheim et al. (2022), que investigou o perfil de intoxicações por medicamentos com motivação suicida no Brasil entre os anos de 2010 e 2021, foram utilizadas duas bases de dados: o DATASUS-SINAN e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox). A análise abrangeu variáveis como circunstância, gênero, faixa etária, cor da pele, escolaridade, região de residência, evolução e óbitos. De acordo com os registros do SINAN, foram notificados 572.951 casos de intoxicação exógena por medicamentos, sendo a tentativa de suicídio a principal circunstância (64%).

A pesquisa ainda apontou que, o perfil predominante dessas intoxicações envolveu, majoritariamente, mulheres (77%) com idade entre 20 e 39 anos (48,4%), sendo mais prevalentes entre indivíduos brancos (49,3%) residentes na região Sudeste do país (51,3%). A evolução dos casos, em sua maioria, resultou

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

em cura sem sequela (82%), com óbitos ocorrendo em menor frequência (<1%). Destaca-se que a base de dados do SINAN proporcionou um conjunto mais abrangente de informações em comparação à do Sinitox.

Tabela 1 – Características dos casos de tentativas de suicídio segundo idade. Palmas-TO, 2012 A 2022

Idade	**Masculino N = 375**		**Feminino N = 1213**		**Total N = 1588**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
< 1 ano	2	0,5	4	0,3	6	0,4
1-4 anos	2	0,5	3	0,2	5	0,3
5-9 anos	-	-	1	0,1	1	0,1
10-14 anos	8	2,1	72	5,9	80	5,0
15-19 anos	92	24,5	332	27,4	424	26,7
20-39 anos	220	58,7	645	53,2	865	54,5
40-59 anos	41	10,9	145	12,0	186	11,7
60-64 anos	4	1,1	3	0,2	7	0,4
65-69 anos	2	0,5	3	0,2	5	0,3
70-79 anos	4	1,1	4	0,3	8	0,5
80 e +	-	-	1	0,1	1	0,1
Escolaridade						
Ignorado/Branco	71	18,9	179	14,8	250	15,7
Analfabeto	3	0,8	1	0,1	4	0,3
1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (EF)	15	4,0	19	1,6	34	2,1
4ª Série incompleta do EF	4	1,1	12	1,0	16	1,0
5ª a 8ª Série incompleta do EF	34	9,1	151	12,4	185	11,6
EF completo	18	4,8	46	3,8	64	4,0
Ensino Médio (EM) incompleto	65	17,3	227	18,7	292	18,4
EM completo	110	29,3	360	29,7	470	29,6
Educação Superior (ES) incompleto	26	6,9	128	10,6	154	9,7
ES completo	27	7,2	86	7,09	113	7,1

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

Não se aplica	2	0,5	4	0,3	6	0,4

Fonte: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Em relação à variável raça/cor, foi apresentado um maior número de notificações entre os pardos, correspondendo a 70,0% do total. Este grupo é o mais envolvido nos casos de intoxicação exógena, seguido da população branca (18,6%), amarela (5,8%), preta (3,0%), ignorado/branco (1,9%) e indígena (0,3%) (Tabela 2). Quando consideramos a população negra (parda e preta) em conjunto, observamos que ela é responsáveis por 70,3% dos casos notificados no período.

Desse modo, é interessante destacarmos que a população negra e indígena, segundo Tavares (2023), enfrenta desafios significativos em relação à saúde mental. A saúde mental das populações negra e indígena no Brasil está diretamente relacionada a aspectos históricos, políticos e às condições atuais em que vivem essas pessoas. Para compreendermos suas necessidades e a assistência em saúde mental, é necessário considerar, portanto, a multiplicidade de formas de organização e a grande variação de experiências, assim como a diversidade de fatores de vulnerabilidade e proteção que incidem sobre essas populações.

Tabela 2 –Características dos casos de tentativas de suicídio segundo raça/cor. Palmas-TO, 2012 A 2022.

Raça/Cor	**Masculino N = 375**		**Feminino N = 1213**		**Total N = 1588**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ignorado/Branco	6	1,6	24	2,0	30	1,9
Branca	59	15,7	236	19,5	295	18,6
Preta	10	2,7	45	3,7	55	3,5
Amarela	19	5,1	73	6,0	92	5,8
Parda	280	74,7	831	68,5	1111	70,0
Indígena	1	0,3	4	0,3	5	0,3

Fonte: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

A tabela 3 apresenta a distribuição do número de tentativas de suicídio por agente tóxico segundo sexo. Medicamentos foram mais utilizados, totalizando 1284 (80,9%) notificações, seguidos pelo agente tóxico raticida, com 105 (6,6) notificações. Entre as mulheres, os medicamentos foram a primeira opção em

83,9%, enquanto o raticida foi a segunda opção entre os homens, representando 11,7%.

Ao realizar o levantamento dos casos de intoxicações por medicamentos no Brasil, nos anos de 2017 a 2022, no período que antecede a pandemia e durante o aumento de casos de COVID-19, a análise de Santana (2023), revela um aumento progressivo das notificações. Entre os anos de 2018 (76.742 casos) e 2019 (101.465 casos), antes do advento da pandemia, foi observado um crescimento significativo. No início da pandemia, em 2020, ocorreu uma queda no número de casos, registrando 76.758 notificações. Contudo, ao longo do período pandêmico, os casos voltaram a crescer, culminando no ano de 2022 com um registro expressivo de 103.648 casos de intoxicações por medicamentos (Santana, 2023). Notavelmente, em Palmas-TO, em 2022, foi observado um aumento significativo nas intoxicações exógenas por medicamento relacionadas a tentativa de suicídio (Figura 1).

No entanto, em um estudo realizado em Alagoas, observou-se uma situação oposta, onde o raticida foi predominante no sexo feminino (Lima, et al., 2023). Essa discrepância ressalta a importância de considerar fatores regionais e contextuais na análise das preferências de agentes tóxicos em tentativas de suicídio.

No estado do Pará, os medicamentos também se destacaram como o agente tóxico responsável pela maior incidência de intoxicação exógena, correspondendo a 28,9%. Essa predominância foi mais acentuada na faixa etária dos 20 a 39 anos (Pereira et al., 2023).

Em uma pesquisa que abordou a hospitalização relacionada a tentativas de suicídio e suicídio, Iribaren et al. (2000) observaram uma prevalência mais significativa entre aqueles que optaram por métodos envolvendo a ingestão de medicamentos psicotrópicos e o uso de armas de fogo, respectivamente. Destaca-se a predominância do sexo feminino no primeiro grupo.

Neste estudo, a evolução clínica dos casos notificados, 88,2% evoluíram para cura sem sequela. No entanto, houve 97 (7,6%) notificações sem o desfecho clínico. Em relação aos óbitos, 11 indivíduos (0,7%) vieram a óbito devido a intoxicação exógena.

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

Tabela 3 – Características dos casos de tentativas de suicídio segundo agente tóxico. Palmas-TO, 2012 A 2022.

Agente Tóxico	Masculino N = 375		Feminino N = 1213		Total N = 1588	
	n	%	n	%	n	%
Ignorado/Branco	16	4,3	43	3,5	59	3,7
Medicamento	266	70,9	1018	83,9	1284	80,9
Agrotóxico Agrícola	11	2,9	8	0,7	19	1,2
Agrotóxico doméstico	12	3,2	17	1,4	29	1,8
Agrotóxico saúde pública	-	-	1	0,1	1	0,1
Raticida	44	11,7	61	5,0	105	6,6
Produto veterinário	6	1,6	12	1,0	18	1,1
Produto uso domiciliar	12	3,2	31	2,6	43	2,7
Cosmético	-	-	4	0,3	4	0,3
Metal	-	-	1	0,1	1	0,1
Alimento e bebida	-	-	3	0,2	3	0,2
Produto químico	4	1,1	2	0,2	6	0,4
Drogas de abuso	1	0,3	0	-	1	0,1
Outro	3	0,8	12	1,0	15	0,9
Evolução						
Ignorado/Branco	30	8,0	99	8,2	129	8,1
Cura sem sequela	330	88,0	1071	88,3	1041	88,2
Cura com sequela	4	1,1	18	1,5	22	1,4
Óbito por intoxicação exógena	4	1,1	7	0,6	11	0,7
Óbito por outra causa	1	0,3	1	0,1	2	0,1
Perda de seguimento	6	1,6	17	1,4	23	1,4

Fonte: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Além disso, os tipos de exposição aguda-única correspondem à 1109 casos (69,8%), aguda-repetida com 353 (22,2%), crônica com 11 (0,7%), aguda sobre

REVISTA DESAFIOS ISSN 2359-3652

crônica com 5 casos (0,3%) e os casos ignorados/branco com 110 (6,9%), conforme a tabela 4.

Tabela 4 – Características dos casos de tentativas de suicídio segundo idade. Palmas-TO, 2012 A 2022.

Tipo de exposição	Masculino N = 375		Feminino N = 1213		Total N = 1588	
	n	%	n	%	n	%
Ignorado/Branco	24	6,4	86	7,1	110	6,9
Aguda-única	278	74,1	831	68,5	1109	69,8
Aguda-repetida	70	18,7	283	23,3	353	22,2
Crônica	1	0,3	10	0,8	11	0,7
Aguda sobre crônica	2	0,5	3	0,2	5	0,3

Fonte: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tendo em vista a evolução clínica dos casos notificados, 88,9% evoluíram para cura sem sequela. No entanto, houve 97 (7,6%) notificações sem o desfecho clínico. Em relação aos óbitos, 11 intoxicados (0,7%) vieram a óbito devido a intoxicação exógena.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa indicam que mais da metade das intoxicações exógenas por tentativa de suicídio registradas no município teve como causa medicamentos. Na variável raça/cor, observa-se um maior número de notificações entre a população negra, sugerindo maior envolvimento nesses casos. Quanto à escolaridade, as intoxicações foram mais prevalentes em indivíduos com ensino médio completo, principalmente entre adultos jovens do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 39 anos. A forma de intoxicação mais comum foi aguda única, com a evolução clínica indicando uma tendência para a cura sem sequelas.

Percebe-se, portanto, a necessidade de realizar um levantamento e divulgação abrangente sobre o tema, esclarecendo questões para a população em geral. O objetivo é reduzir o estigma em torno do suicídio, diluir a interdição da comunicação e abranger dimensões sociais, espirituais, biológicas e psicológicas. A ampliação da psicoeducação visa evitar a exposição do sofrimento dos tentantes de suicídio, assim como para os sobreviventes, os enlutados por suicídio e as pessoas com comportamento autolesivo. Destaca-se, sobretudo, o fortalecimento dos vínculos familiares, de amigos e daqueles que vivem no entorno da mudança drástica causada pelo suicídio, promovendo

V.4, n.1, janeiro/2019. ISSN n° 2594-7494

reflexões acerca dos conflitos interpessoais e fortalecendo as pessoas para enfrentar adversidades e gerenciar crises existenciais.

Diante disso, sugere-se a elaboração e o aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas para essa área. Isso requer a atuação de profissionais qualificados, o acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico, além do acesso facilitado a esses serviços. Por se tratar de uma pesquisa realizada com dados secundários, é importante destacar que a subnotificação e problemas na notificação se apresentam como limitações significativas.

Agradecimentos

À orientadora. À coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Agradeço a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas por viabilizar a pós-graduação.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 26 de janeiro de 2011. DOU Nº 18, seção I, pg. 37 e 38, quarta-feira, 26 de janeiro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Criando esperança por meio da ação**: 10/9 ∴ dia mundial de prevenção ao suicídio. 10/9 – Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/criando-esperanca-por-meio-da-acao-10-9-dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio-2/. Acesso em: 25 out. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Suicídio. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio-Saber, agir e prevenir-Boletim Epidemiológico, Brasília (DF), 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014 jun 6.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas asunidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 ago 14.

CAMARGO, Luís Marcelo Aranha; SILVA, Romeu Paulo Martins; DE OLIVEIRA MENEGUETTI, Dionatas Ulises. Tópicos de metodologia de

pesquisa: Estudos de coorte ou cohorte prospectivo e retrospectivo. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n. 3, p. 433, 2019.

Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Óbitos Por Causas Externas -São Paulo -Dados Preliminares. Sistema de Informações sobre Mortalidade –SIM, 2014.]

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. **Por um núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio**. 2018. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6501855. Acesso em: 25 out. 2023.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **Sobreviventes enlutados por suicídio**: cuidados e intervenções. São Paulo: Summus Editorial, 2019. 120 p.
FILHO, E.S.S.; CORREIA, L.C.S.; LIMA, P.R.; GOMES, H.; JESUS, A.G. O suicídio no Estado do Tocantins.Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, n. 12, p. e712, 8 jul. 2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/712/513

MAGALHÃES, Andréa Franco Amoras. **AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES EXÓGENAS NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2009 A 2013**. 2017. 168 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: https://www.toxicologia.unb.br/img_banners_publicidade/362.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde − Boletim Epidemiológico Nº 30 – Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. 2017.

SENA-FERREIRA, N. et al.. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 115–126, jan. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/xNXDsY49GLnBQtYJkqWpPTq/abstract/?lang=pt

A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ACERCA DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO

THE PERCEPTION OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTER USERS ABOUT MENTAL HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS/TO

Elisa Alves Borba[1]

Ricardo Monteiro Guedes de Almeida[2]

Resumo: Objetivou-se investigar a percepção dos usuários do CAPS II acerca da assistência à saúde mental ofertada pelos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do município de Palmas/TO. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito usuários acompanhados pelo CAPS II. As informações obtidas foram tratadas a partir da análise de conteúdo de Bardin. Verificou-se a necessidade de qualificação profissional contínua em saúde mental em todos os pontos da rede, a articulação entre os serviços de modo a não fragmentar o cuidado ofertado, assim como o desenvolvimento de ações territoriais voltadas à promoção e prevenção em saúde mental.
Palavras-chave: Percepção dos usuários. Rede de Atenção Psicossocial. Cuidado em Saúde mental.

Abstract: The objective was to investigate the perception of CAPS II users regarding the mental health assistance offered by the Psychosocial Care Network devices in the city of Palmas/TO. Semi-structured interviews were carried out with eight users monitored by CAPS II. The information obtained was processed using Bardin's content analysis. There was a need for continuous professional qualification in mental health at all points of the network, coordination between services so as not to fragment the care offered, as well as the development of territorial actions aimed at mental health promotion and prevention.
Keywords: Perception of users. Psychosocial Care Network. Mental health care.

Introdução

O modelo atual das práticas de cuidado em saúde mental traz a concepção de um sujeito histórico, social e também biológico, o qual deve ser assistido por uma equipe multiprofissional, de base comunitária e territorial, em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, a depender de sua demanda e grau de complexidade.

Contudo, esta lógica da integralidade do cuidado se tornou prática vigente somente nas duas últimas décadas, após aprovações de leis que representam avanços no debate e direitos da pessoa em sofrimento psíquico, com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes ao uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas; como a Reforma Sanitária (1986), Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) e a Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2011).

[1] Psicóloga, Residente em Saúde Mental pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEUP/ULBRA). E-mail: elisaborba3@gmail.com | Orcid.org/0009-0009-5676-7490

[2] Psicólogo, Professor do curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Mestre e Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail: ricardo.almeida@mail.uft.edu.br | Orcid.org/0000-0001-5531-9965

Anterior a isso, aquele que não se encaixava no padrão de normalidade da época e ameaçava a ordem pública era segregado do convívio social para “civilizar” e “organizar” as cidades (Liandro, 2018), apoiado no ideário higienista. Justificado pelo discurso do médico-psiquiatra, o desvio da norma passa a ser reconhecido como doença que acomete a mente, através da “loucura”.

A resposta oferecida para o tratamento de doenças mentais proferiu o isolamento por tempo indeterminado nos interiores de instituições totais (Goffman, 2008). Nesse modelo de assistência à loucura, o tratamento proposto não estava atrelado à recuperação do indivíduo, mas a manutenção da segregação a partir da internação prolongada, dessa forma, continuavam marginalizados e desprovidos de qualquer autonomia (Sampaio; Júnior, 2021).

O marco para a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, assim como o modelo assistencial em saúde mental inicia com o movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir de múltiplos fatores. Amarante (2007) os classificam em dimensões: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sócio- cultural. Estes, perpassam entre a ruptura do paradigma vinculado ao modelo biomédico e psiquiatria tradicional; ao processo de desinstitucionalização e implementação de serviço substitutivo na oferta de ações de cuidado; o amparo legal a partir da legislação na política de saúde mental, como também na construção de um novo lugar social para a loucura e o sujeito louco.

Os serviços, a partir de então, passam a operar sob a ótica da clínica ampliada (Brasil, 2009), nova forma de promover saúde, por meio da articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, ampliação e compartilhamento da clínica, para construir saúde nas relações entre serviços e a comunidade, de forma conjunta e participativa, suscitando a autonomia do sujeito. Assim, busca compreender o processo saúde-doença de modo compartilhado, integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional.

Para atender a população de 302.692 pessoas (IBGE, 2022), assim como moradores dos municípios circunvizinhos, a cidade de Palmas, capital do Tocantins, possui o Protocolo de Saúde Mental da Rede de Atenção Psicossocial (Palmas, 2018), onde é possível ter acesso às informações quanto às unidades existentes e suas competências, de forma a orientar a gestão, equipes de saúde e usuários.

O cuidado em saúde mental na atenção básica se dá através da Unidade Saúde da Família (USF), Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (eMulti) e Consultório na Rua. As USFs são

distribuídas em oito territórios de abrangência, nomeadas em etnias indígenas do estado – Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu – de modo a assistir toda a população de acordo com seu território adscrito, englobando para além da área urbana, a área rural e os distritos, totalizando 34 unidades de saúde.

A atenção secundária compreende o serviço especializado em saúde mental para o cuidado ao usuário de alto risco, abrange o Ambulatório de Saúde Mental Infantojuvenil, Ambulatório de Psiquiatria Adulto, o Centro de Atenção Psicossocial de porte II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

A Atenção de Urgência e Emergência ocorre de portas abertas, através de encaminhamento e demanda espontânea, com funcionamento ininterrupto, para atendimento a usuários que apresentam emergência psiquiátrica. Composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), localizadas na região Sul e Norte do município – UPA Sul e UPA Norte.

Quando todos os recursos terapêuticos disponíveis se esgotam para o atendimento do usuário em crise, recorre-se à atenção terciária. Para isso, há leitos de saúde mental no Hospital Geral de Palmas (HGP), onde se utiliza a internação de curta permanência no intuito de estabilizar o quadro clínico psiquiátrico para a continuidade do cuidado em outros pontos da rede, preferencialmente na atenção psicossocial.

Ainda, o Hospital e Maternidade Dona Regina, única maternidade pública da capital, oferta atendimento de urgência/ emergência gineco-obstétrica, gestação de alto risco, cirurgias eletivas ginecológicas, cirurgias neonatais e pessoas vítimas de violência sexual. A equipe é composta por diferentes especialidades médicas e equipe multiprofissional.

A partir disso, é possível perceber que cada dispositivo atende determinado público de acordo com a complexidade da demanda e faixa-etária, possui seu fluxo de atendimento e protocolo interno distinto, como horário de funcionamento, atividades ofertadas, quadro de funcionários e forma de acesso do usuário ao serviço. Apesar das especificidades levantadas, estes possuem a mesma finalidade, isto é, promover o cuidado em saúde mental, ofertar serviço digno, de qualidade e humanizado, de modo a suscitar no sujeito sua autonomia, desenvolver potencialidades e aumentar a capacidade de enfrentamento às adversidades da vida.

Dito isso, faz-se necessário para além de conhecer a rede de saúde, estudar protocolos e seguir fluxos, promover um espaço de fala e construção de narrativas do sujeito em seu percurso no processo de cuidado em saúde mental, enquanto protagonista de sua história, assim como sua percepção ao acessar os dispositivos de saúde, uma vez que é a quem se destina os serviços e vivencia diretamente a Política Nacional de Saúde Mental.

Pois, como explica Costa e Paulon (2012), o usuário deve ser estimulado a falar por si, enunciar em nome de um coletivo e ser valorizado em sua voz, afinal, é impossível discutir sobre saúde mental do sujeito sem inseri-lo no debate. Nesse sentido, buscou-se investigar a percepção dos usuários do CAPS II acerca da assistência à saúde mental ofertada pelos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial do município de Palmas, trazendo os principais dispositivos acessados, as suas demandas, as dificuldades vivenciadas na assistência à saúde, possibilidades de melhorias e o papel do CAPS como serviço especializado.

Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa (Campos; Saidel, 2022) e de natureza básica. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial de porte II (CAPS II), localizado no município de Palmas, Tocantins. Participaram oito usuários acompanhados pelo serviço, escolhidos a partir da indicação de funcionários da instituição, quatro correspondentes ao sexo feminino e quatro do sexo masculino, tendo o fechamento amostral definido a partir da saturação teórica acerca do conteúdo (Moura *et al*., 2021).

A coleta de dados se deu através da pesquisa de campo, a partir de entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro construído pelos autores da pesquisa, com os seguintes itens: (1) Quais serviços de saúde você já acessou para o seu cuidado em saúde mental? (2) Como você diferenciou em qual unidade de saúde deveria procurar quando necessitou de atendimento em saúde mental? (3) O que você achou dos atendimentos? (4) Você sente que sua demanda foi resolvida? Explique mais sobre isso (5) Você encontrou alguma dificuldade ao ser atendido? Se sim, qual(is)? (6) Você acha que poderia ser feito algo para melhorar? (7) Você identifica vivenciar algum desafio como usuário dos serviços de saúde mental? Qual(is)? (8) Qual a importância do CAPS para o seu tratamento?

Esta etapa ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2024, em acordo com a resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), situada na cidade em que a pesquisa foi realizada, conforme o parecer nº 7.026.113.

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma ficou com o sujeito da pesquisa e a outra com a pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, para isso, foram adotadas medidas com a finalidade de garantir o sigilo das informações, como um local adequado para a entrevista e armazenamento dos dados em HD externo. Nesse sentido, foram também utilizados nomes fictícios de modo a preservar a identidade dos participantes, sendo estes: Diego, Cláudio, Célio, Olívia, Flor, Ester, João e Mariana.

No que se refere aos critérios de inclusão, os participantes deveriam ser admitidos no CAPS II, possuir autonomia plena, isto é, não ser curatelado, frequentar as atividades ambulatoriais e coletivas promovidas pelo serviço, apresentar adesão ao tratamento, comprovado a partir do cumprimento de seu plano de cuidado no período mínimo de três meses; com juízo crítico preservado e curso de pensamento organizado. Foram excluídos aqueles que apresentassem resistência ao tratamento, alteração de curso e conteúdo do pensamento, fala desorganizada e estivessem em situação de crise.

Os dados foram submetidos a uma análise de conteúdo (Bardin, 2011), realizada em três etapas: pré-análise, análise do material e o tratamento dos dados por meio de inferência e interpretação dos resultados. Foi utilizado como referencial teórico autores que dialogam com a saúde mental, luta antimanicomial e psicologia da saúde, visto que a produção do cuidado deve ser construída de forma crítica e estar embasada pela Política Nacional de Saúde Mental.

Resultados e discussão

A partir do processo analítico dos dados, foi possível classificá-los em quatro categorias. A primeira, nomeada de “Serviços da RAPS: acesso dos usuários e identificação de suas demandas”, traz as instituições de saúde que os participantes frequentam para o cuidado em saúde mental, nos diferentes níveis de atenção, de acordo com o grau de complexidade de suas queixas. Neste tópico, foi possível verificar a importância da atenção primária no território e seu papel como porta de

entrada dos serviços de saúde, além disso, alto número de internações em hospital geral entre os participantes.

Em seguida, “Desafios identificados pelos usuários no acesso aos serviços de saúde mental”, traz a concepção dos participantes acerca dos atendimentos recebidos, onde pontuam obstáculos desde aspectos institucionais organizacionais à manejo técnico da equipe de saúde.

Na categoria “Possibilidades de melhorias para a Rede de Atenção Psicossocial”, os participantes apontam sugestões, de acordo com as problemáticas destacadas, para aprimorar o funcionamento dos serviços, tanto nos aspectos organizativos como também nas atividades ofertadas.

Por fim, em “Papel do CAPS no cuidado em saúde mental”, traz o reconhecimento acerca das ações desempenhadas pelo CAPS como serviço especializado em saúde mental e substitutivo aos hospitais psiquiátricos, evidenciando os resultados obtidos a partir do tratamento ofertado.

Serviços da RAPS: acesso dos usuários e identificação de suas demandas

Os serviços de saúde são ofertados de forma gratuita e universal para a população, sob responsabilidade do Estado, organizados em níveis hierárquicos, com base na complexidade dos serviços oferecidos e na densidade tecnológica envolvida no atendimento, podendo o setor privado agir de forma suplementar (Brasil, 1990; Brasil, 2022).

No que compete à assistência em saúde mental, três participantes (37,5%) afirmaram frequentar somente o CAPS para o seu tratamento. Os demais, apenas um informou que acessou a atenção psicossocial e a terciária, os demais já frequentaram os três níveis de atenção, desse modo, quatro pessoas acessaram a atenção primária (50%), três a atenção de urgência e emergência (37,5%) e cinco em internação hospitalar (62,5%).

Na Unidade de Saúde da Família, quanto à queixa para procurar por atendimento, Diego, Cláudio e Célio explicam que acessaram a instituição por ser porta de entrada para atendimentos em saúde, no momento que estavam vivenciando situação de crise psicológica. Flor, por sua vez, acessa a unidade para acompanhamento em psicoterapia, com profissional de psicologia da eMulti.

Cláudio, acessou a unidade de saúde pois não conhecia o CAPS e, após atendimento, foi encaminhado para o serviço especializado de saúde mental. Célio, recorreu à unidade pois *“tinha síndrome do pânico, chamaram o SAMU, me levaram pra UPA e da UPA voltei pra trás”*, e, como

organizador da rede de saúde, após a constatação da necessidade de atendimento especializado, foi encaminhado para o serviço de urgência e emergência através do serviço móvel. No mesmo sentido, Diego narra *que "ia quando minha mãe percebia as minhas primeiras crises"*, devido a facilidade no acesso para atendimento.

A crise, sob a ótica da psiquiatria, corresponde ao momento de ruptura, onde o sujeito vivencia estado de sofrimento psíquico grave, apresenta comprometimento estrutural significativo, com diminuição da capacidade cognitiva, funcional e manifestação de sintomas, tendo a medicação recomendada para o seu tratamento (Sá *et al.*, 2008).

Todavia, para além da sintomatologia, deve-se considerar o contexto histórico, cultural e social do sujeito, para que se possa compreendê-lo em sua totalidade e não reduzi-lo aos sintomas ao isolar suas vivências e o meio o qual está inserido. Dessa forma, a crise, como explica Tavares e Werlang (2012), corresponde a um processo de ordem subjetiva, o qual exige novas respostas mediante um acontecimento em que não se tenha desenvolvido capacidade subjetiva para solucioná-lo. O cuidado, por sua vez, a partir da Reforma Psiquiátrica, passa a incorporar outros elementos associados ao psicofármaco, como atividades individuais e coletivas, de lazer, construção de vínculos e reabilitação social, inseridos no meio comunitário.

A atenção primária, como ressaltado pelos participantes, desempenha um papel fundamental ao ofertar o primeiro acesso dos usuários aos serviços de saúde, especialmente para aqueles que apresentam demandas relacionadas à saúde mental, o que faz com que se configure como a porta de entrada para o sistema de saúde, proporcionando atendimento de forma espontânea. Além disso, atua como coordenadora do cuidado, funcionando como o centro articulador entre os diversos níveis de atenção na Rede de Atenção à Saúde, assegurando a continuidade e integralidade do atendimento (Brasil, 2012).

Outro aspecto a ser levantado que funciona como estratégia para a assistência se refere à localização da unidade, inserida no território onde acompanha a população adscrita, pois permite que os serviços de saúde sejam mais acessíveis e próximos da população, considerando suas especificidades e necessidades locais.

Todavia, o que se observa é que, apesar da efetividade do primeiro atendimento e, por conseguinte, o direcionamento entre os serviços da RAPS, os participantes não receberam o cuidado longitudinal, isto é, acompanhamento regular e contínuo, o que fez com que as assistências

fossem realizadas de forma pontual, operando sob a lógica do encaminhamento e desresponsabilização, o que pode resultar, consequentemente, na fragmentação do cuidado.

A atenção secundária, por sua vez, é composta por serviços especializados que atuam no cuidado de casos mais específicos em condições que não podem ser resolvidas com o atendimento básico. O CAPS, nesse sentido, como serviço especializado em saúde mental, desempenha o papel de ordenador da RAPS, sua função é coordenar e integrar os serviços de saúde mental, garantindo que o atendimento seja contínuo e articulado, de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Dentre os pacientes que fazem acompanhamento somente na atenção psicossocial, Olívia afirma que frequentava o CAPS de outro município, devido a sinais de desorganização psíquica que colocava sua vida em risco. Ao se mudar de cidade procurou a instituição local por conta própria. Sobre sua queixa inicial, a participante explica "*porque a cabeça fica ruim, começa a errar o caminho, ver coisas que não existem, me perdia, dormia e acordava em um lote baldio. Aqui eu vim por conta própria, pesquisei, era aqui perto e vim, trouxe minha transferência*".

Mariana também já realizava acompanhamento na instituição em outro município, todavia, na capital tocantinense, procurou o CAPS devido encaminhamento após internação em hospital geral motivado por situação de crise psicológica, "*aí eu fui pro HGP e lá me encaminharam pra cá*".

Ester, por sua vez, inicialmente fazia acompanhamento psiquiátrico na rede privada, mas mediante dificuldade em arcar financeiramente com a continuidade do tratamento, a profissional lhe encaminhou para o serviço público. João, recorreu à comunidade terapêutica (CT), também na rede privada, pois, por um período fez acompanhamento na instituição de outro município, entretanto, em Palmas, afirma que a CT se negou a lhe atender e o orientou a procurar o CAPS.

> Quando eu adoeci eu já fui em uma clínica em Brasília, me levaram, eu só senti as furadas no braço, depois me colocaram na cama e amarraram, quando eu acordei tava amarrado. Em Palmas só no CAPS. [...] dei entrada na clínica, quando adoeci minha irmã me levou, aí não queriam me atender, consultar, tava em crise. Aí o Dr. me atendeu e deu encaminhamento pra cá pro CAPS, aí dei entrada e continuei desde 2002 e fiquei continuando, aí foi só melhorando.

A comunidade terapêutica, apesar de não ser um serviço governamental e ofertado pelo SUS, compõe a Rede de Atenção Psicossocial a partir da destinação de recursos públicos para o setor privado, sendo regida pela sociedade civil (Nota Técnica Nº 11/2019). Seu modo de promover o cuidado vai na contra-mão daquela preconizada pela Reforma Psiquiátrica, sendo operacionalizada de forma similar à lógica manicomial, de base asilar, com tratamento pautado no discurso proibicionista, punitivista, moralista e religioso (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Flor explica que iniciou tratamento na rede de atenção psicossocial devido ao estado de intenso sofrimento, onde apresentava sintomas psicossomáticos e psicóticos, desencadeados em razão de sequelas de um processo cirúrgico. A psicóloga hospitalar que a acompanhava na internação lhe direcionou para o CAPS:

> Eu tive infecção hospitalar após cirurgia, tive vários problemas de depressão, crise de ansiedade, essas coisas. Quando eu saí, depois de dois meses que tive alta, continuei tendo problemas, aí eu fui lá, aí a psicóloga que tava lá me deu um papel e me encaminhou pra ser atendida aqui, por vários motivos. Sentia muita ansiedade, falta de ar, dor no peito, descontrole, ouvia vozes, queria tirar minha própria vida, porque minha cirurgia foi um fracasso, tive sequelas e tô com essas sequelas até hoje.

A história de Flor exemplifica a relevância em considerar a historicidade do sujeito em seu processo de adoecimento. A saúde mental não deve estar desassociada de suas experiências e história de vida, visto que cada pessoa traz consigo um contexto único de vivências, crenças e relações sociais que quando consideradas é possível compreender melhor os fatores que influenciam seu estado emocional e psicológico, reconhecendo a complexidade das questões que envolvem o sofrimento psíquico.

Diego revela que iniciou o tratamento no CAPS a partir de encaminhamento do sistema de justiça após cumprir sua pena e reintegrar à sociedade, inicialmente no CAPS AD III e, após período abstenho, transferido para o CAPS II. Para além do uso de substâncias, o participante refere que a mãe é quem percebia seus primeiros sinais de desorganização psíquica, na presença de alterações de humor e de sensopercepção, auxiliava-o no acesso aos serviços de saúde e acompanhando nos atendimentos, "*minha mãe que prestava bastante atenção nos sinais. Eu me tornava muito emotivo e tinha várias alucinações [...] eu sinto que eu vou machucar alguém e fico com medo. Não saio para lugar nenhum para machucar ninguém, me tranco, me prendo*".

Observa-se, portanto, que mais da metade dos usuários, correspondendo a 87,5%, acessaram o CAPS a partir do encaminhamento de outros profissionais da RAPS, como também dos serviços de iniciativa privada. Foram citadas como queixas sintomas psicossomáticos, alterações de humor, plano e tentativa de suicídio, intenção de heteroagressividade, alucinações visuais e auditivas e desorientação temporal e espacial.

As demandas que resultaram em suas admissões se mostram variáveis, mas possuem como fator comum o sofrimento e a incapacidade de lidar, tanto físico como simbolicamente, com as mudanças acarretadas nesse processo de adoecimento. Assim, os serviços da rede substitutiva de saúde mental, sobretudo o CAPS, deve trazer um novo olhar sob o sujeito, onde a construção

diagnóstica deixa de ser sobre os desvios sociais, culturais e de raça, para um processo social multifacetado que se expressa e se constitui como sofrimento na experiência de sujeitos singulares, exigindo transformações metodológicas e tecnológicas na oferta do cuidado (CRP, 2022).

Ainda na atenção secundária, como serviço especializado de urgência e emergência, Diego, Cláudio e Célio revelam que acessaram a UPA devido à situação de crise. "*Já fui HGP, já fui na UPA, principalmente em crise, é triste né"* (Célio), "*eu ia direto na UPA. De 2008 pra cá eu tive quatro, cinco crises, que eu procurei o médico, eu por conta própria procurei o médico"* (Diego). Os participantes demonstraram possuir a capacidade de reconhecer e identificar sinais de desestabilização em sua saúde, buscando atendimento especializado de forma imediata quando necessário, sem precisar de encaminhamento prévio.

Portanto, quando a complexidade da demanda ultrapassa a capacidade de intervenção dos serviços como CAPS e/ou USF, devido à limitação dos recursos técnicos disponíveis para o manejo adequado, especialmente em casos de crises graves ou situações de risco iminente à vida, o paciente é encaminhado para os serviços de urgência e emergência, a fim de estabilizar seu quadro clínico.

Todavia, quando o paciente apresenta risco para si e/ou para o outro, onde todos os recursos terapêuticos e ambulatoriais disponíveis se esgotam, este é encaminhado para a atenção terciária, através da internação em leito psiquiátrico em hospital geral, devendo ocorrer em curto período de duração, apenas o necessário para o paciente se estabilizar clinicamente.

Diferente dos demais, a alta complexidade é gerida pelo poder estadual e o único a não se configurar como portas-abertas, tendo sua regulação via encaminhamento da UPA e/ou SAMU. Destaca-se o número expressivo de entrevistados que vivenciaram a internação, sendo eles: Diego, Cláudio, Célio, Flor, Mariana.

Diego relata que foi internado duas vezes, sendo a principal causa relacionada à abstinência de substâncias psicoativas. Por sua vez, Cláudio destaca que sua internação aconteceu *"em caso extremo, de alta complexidade, quando eu tive o meu segundo surto",* em um contexto em que os recursos terapêuticos disponíveis não foram suficientes.

Flor, por outro lado, relata que durante avaliação psiquiátrica no CAPS, recebeu encaminhamento para o hospital geral, mediante situação de crise. No entanto, não recebeu atendimento especializado, pois evadiu do local em razão da superlotação, que, em sua percepção, agravava ainda mais seu estado de saúde. *"Eu já fui pra ser internada na ala psiquiátrica [...] foi porque a Dra. me mandou pra lá, porque eu tava com crises, né, e ela sentiu que eu precisava ir.*

Mas eu não cheguei a tomar nenhuma medicação porque não quis esperar, tinha muita gente lá e eu não gosto de ficar no meio de muita gente, que eu fico pior. Aí não fui medicada e não cheguei a ser internada".

A falha na organização dos serviços de saúde, como a superlotação, coloca-se como obstáculo na qualidade da assistência oferecida aos pacientes. A sobrecarga de atendimentos, a falta de recursos adequados e de profissionais para suprir a demanda sucateiam as instituições de saúde e dificulta o cuidado efetivo.

Pontua-se o fato de o último nível de atenção corresponder ao segundo mais acessado pelos usuários, sendo o CAPS, o primeiro, critério obrigatório para a inclusão dos participantes na pesquisa. Dentre os fatores envolvidos, supõem-se a falha dos níveis anteriores na promoção e prevenção em saúde, na articulação em rede para a integralidade do cuidado, assim como em desenvolver a responsabilização através do cuidado continuado, utilizando-se somente de atendimentos pontuais, em retornos longínquos e/ou mediante encaminhamentos.

Desafios identificados pelos usuários no acesso aos serviços de saúde mental

A Política Nacional de Saúde Mental assegura os direitos dos usuários e funcionamento dos serviços de saúde, tais como, a saber: o cuidado em liberdade, compartilhado por uma equipe multiprofissional e em rede. No entanto, os participantes elencaram uma série de desafios vivenciados como pacientes psiquiátricos, os quais permeiam desde o acesso às instituições da RAPS até os reflexos do ideário construído socialmente sobre ser paciente em sofrimento psíquico.

Quando questionados sobre a percepção sobre os atendimentos recebidos na rede, Olívia, João e Mariana os classificam de forma positiva, relacionando a avaliação aos resultados obtidos. "*Aqui é super bom, porque tem me ajudado muito*" (Mariana), "*quando dei entrada no CAPS melhorou, todo mundo me atendeu*" (João), "*tudo tem sido resolvido*" (Olívia).

Cláudio analisa que um dos principais desafios vivenciados na atenção primária diz respeito ao quadro de funcionários, pois *"não tem o básico que é psicólogo, por exemplo, na minha unidade de saúde não tem psicólogo"*. Tal precarização se deve, em grande parte, devido a nota técnica nº 3/2020, que deixou de realizar repasse do governo federal para manter as equipes multiprofissionais das USF, ficando a critério dos municípios sua implementação, manutenção e custeio, o que por sua vez ocasionou desassistência na oferta de ações de saúde.

Com a mudança de gestão, o presidente em exercício instituiu a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 e nota técnica nº 10/ 2023, que retoma o financiamento federal, implantação e desempenho para as equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, agora nomeada de "eMulti". Ainda, auxilia na reorganização nos territórios, operacionalização, implantação e efetivação do processo de trabalho.

No mesmo sentido, Flor, que faz acompanhamento psicológico na USF, refere que encontrou dificuldade no acesso devido ao longo período de espera por atendimento, "*achei um pouco difícil, porque demorei pra conseguir atendimento com psicólogo, consegui né, graças a Deus, mas demorou, passei muito tempo precisando*", isso se dá por causa do quantitativo insuficiente de profissionais para a demanda populacional que se apresenta, resultando em uma longa fila de espera para a consulta, o que pode, com o passar do tempo, agravar o estado de saúde inicial do paciente.

Somado a isso, Cláudio enumera outras complicações que atravessam os serviços de saúde, englobando desde a atenção primária à terciária, os quais são também elencados pelos demais participantes, como a falta de insumos básicos que compromete a adesão ao tratamento, de profissionais para o atendimento e estrutura adequada para o funcionamento das instituições. *"Existem diversos usuários que também reclamam do serviço de forma geral, os serviços psiquiátricos de forma geral, desde a UBS até o HGP. Eu creio que faltam melhorias em diversos quesitos, desde remédios, profissionais, estrutura, existem diversos desafios e melhorias a serem tomadas".*

Ester traz o incômodo em seu discurso mediante os obstáculos em cumprir seu plano de cuidado no CAPS. Narra sobre a dificuldade em agendar consulta, em razão da pouca oferta de vagas para o expressivo número de pacientes, o que resulta no longo intervalo entre os atendimentos. Além disso, evidencia a falta de medicações na farmácia da instituição, sendo este o único local que dispõe gratuitamente de remédios de uso controlado, e, quando insuficientes, precisa adquirir com recursos próprios. Não são todos os usuários que possuem condições financeiras para arcar com os psicofármacos, o que faz com que interrompa o tratamento, não por vontade própria, mas por falha do sistema.

> Eu praticamente não tenho atendimento, eu acho que deveria ter atendimento, pelo menos de três em três meses, com psiquiatra, com psicólogo toda semana, e não é isso que acontece [...] a demora em conseguir uma consulta, e também a questão dos medicamentos. Dificilmente eu venho e tem todos os medicamentos que eu preciso, normalmente eu tenho que me apertar financeiramente de um lado pra comprar, porque dificilmente tem todos os medicamentos.

Destaca-se que a mesma sugere período mínimo de três meses para a consulta com o psiquiatra e semanalmente com o psicólogo, todavia, considera-se o período recomendado extenso para o cuidado médico contínuo, o que faz com que se questione: com que frequência é realizada a (re)avaliação médica? Dessa forma, mostra-se necessário, para além do quadro de funcionários que corresponda ao quantitativo de pacientes, o acompanhamento próximo, contínuo e participativo junto ao usuário, através de um técnico de referência, para que não resulte na reincidência em situação de crise e abandono ao tratamento.

Cláudio destaca a alta rotatividade dos profissionais nos serviços, Lima *et al.* (2018) afirma que isso se dá devido aos frágeis vínculos contratuais dos trabalhadores, o que acarreta na precarização do trabalho como também compromete o tratamento, visto que provoca a descontinuidade de projetos terapêuticos e quebra de vínculos.

> Eu não tive um acompanhamento indicado, eu tive mais desestabilizado dos atendimentos, porque eu passava a consulta com psicólogo, aí chegou a passar por psicoterapia uma ou duas vezes e já mudava para outro psicólogo, aí isso continua ainda hoje, inclusive isso piorou, eu mesmo me vejo até sem psicólogo, não tenho um psicólogo que me acompanha, psiquiatra também a mesma coisa, que é o fundamental, eu vivo tendo esse problema de inconstância nos atendimentos, eu mesmo passei por diversos psiquiatras desde quando comecei a ter algum problema de saúde mental até hoje ser diagnosticado.

O vínculo entre paciente e profissional é uma ferramenta fundamental na oferta de cuidado nos serviços de saúde, pois através deste é estabelecido confiança, respeito, responsabilização e boa comunicação mútua, o que reflete na adesão ao tratamento, uma vez que faz com que o usuário se sinta acolhido e compreendido em sua queixa, além de permitir ao trabalhador conhecer o contexto de vida do sujeito (Martins *et al.* 2023).

Sobre o tratamento, Ester analisa que sua queixa "*não foi resolvida, mas como eu tomo os remédios, eu tô entorpecida, os problemas, entendeu. E quando eu fico sem tomar a sensação é que volta aquele monte de coisa, informação, enxurrada, e eu não fico legal",* sua fala enuncia a tentativa de intervir pela via da medicação os aspectos da experiência humana, como emoções, condições sociais e cultural.

Amarante (2007) afirma que o estudo sobre saúde mental não deve ser reduzido a um diagnóstico, medicação e ao estudo dos transtornos mentais, prática esta utilizada pela psiquiatria tradicional, onde "a prescrição de muitos medicamentos psiquiátricos pode ser acionada com o objetivo de promover a conformação social, ou a não importunação" (CFP, p. 24, 2022), para silenciar os sujeitos e aquilo que seu sofrimento revela sobre si.

As concepções acerca dos serviços de urgência e emergência e internação hospitalar se mostram similares, em alguns momentos ambos até mesmo se misturam. Célio avalia de forma negativa o atendimento recebido na UPA, analisa que quando busca assistência, o motivo da queixa não é considerado e a conduta médica acaba por invisibilizar e reduzir o sujeito em sua psicopatologia. *"O serviço público é feito de pessoas. Das vezes que fui na UPA não fui tratado bem não, como a gente é paciente psiquiátrico, se a gente vai e pede um remédio pra dor de barriga, eles fazem é dar injeção pra dopar a gente".*

Diego descreve o manejo na UPA como "*muito agressivo, lá (UPA) é muito agressivo! Eles não sabem cuidar da gente, nem na UPA, nem nos hospitais, interna sem saber se quer internar e tudo*", relaciona o método também à atenção terciária, onde acrescenta a prática hospitalar de não respeitar a vontade do paciente em relação à internação, retirando a autonomia no processo de participar ativamente nas decisões sobre seu tratamento.

Outro fator desfavorável no cuidado diz respeito ao fluxo dos serviços, devido a necessidade de ser regulado pela UPA ou SAMU para o acesso à atenção terciária, faz com que o paciente se desgaste com a locomoção e tempo aguardado entre um serviço e outro.

> Eles me encaminharam pra UPA sendo que não era pra ir pra UPA, mas se em vez de encaminhar pra UPA, por que não me encaminharam logo pro HGP? porque lá tem estrutura, psicólogo, psiquiatra, assistente social… lá tem todos os profissionais que a pessoa nesse quadro precisa [...] se eu for lá e tiver um surto, eles não vão te atender, porque pra você ser atendido, precisa ter encaminhamento da UPA, precisa primeiro ir pra UPA pra ser atendido pelo HGP, ou seja, eu só consigo ser atendido se for passar por uma UPA, então isso se eu tiver um surto eu não consigo ser atendido? Eu considero até uma negligência. Ela tem que atravessar muitas das vezes até a cidade pra conseguir o encaminhamento pra ser atendido na estrutura que ela tá precisando, e muita das vezes ela não está nem organizado direito (Cláudio).

A lei 10.216/01 garante, para os atendimentos em saúde mental de qualquer natureza, inclusive a internação hospitalar, ao paciente ser tratado com humanidade e respeito; ser protegido contra qualquer forma de abuso, no presente contexto, cita-se a relação de poder; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, como também ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

Ainda, o Art. 3º, § 2º, estabelece que o tratamento em regime de internação deverá ser estruturado de forma a oferecer assistência integral ao paciente, além dos serviços médicos, que possam promover lazer. Em contrapartida, um dos elementos que se repetem nas narrativas são histórias de manejo inadequado, por parte da equipe, mediante situação de crise. São descritos elementos como abordagem violenta, falta de acesso às informações a respeito de seu tratamento e a momento de lazer.

> No HGP não sei como posso explicar, porque tava numa condição que não posso falar por mim, porque eu tava em uma condição em crise, num surto psicótico, então eu não sei avaliar se foi bom ou ruim, mas eu falo que é ruim, porque eu estive preso, não tive liberdade, não podia fazer o que queria, eles obrigavam a gente fazer o que não queria, obrigava a tomar remédio, não passava as informações, não eram claros [...] eu lembro que eu tive impregnação a risperidona lá, eu lembro que eles me jogaram a força no chão pra me dar um remédio pra o efeito do remédio não fazer efeito em mim. Além disso, os funcionários, enfermeiro, segurança e tudo que tava lá, eles não explicavam as coisas corretas, às vezes eles faziam as coisas justamente pra causar mais confusão na gente. A experiência que eu tive lá, sinceramente foi uma das piores (Cláudio).
>
> Já aconteceu na ala psiquiatra deu sofrer agressão física por parte de servidor, mas não vem ao caso. Nem a minha família, minha mãe, por exemplo, que era pra tá do meu lado, foi a primeira a tá contra mim, disse que eu tava me fazendo de vítima (Célio).

Dessa forma, observa-se o retorno de elementos, ou a continuidade, do tratamento ofertado nos hospitais psiquiátricos no período anterior à década de 70, mediante a internação hospitalar, como a institucionalização rígida, o uso excessivo de medicamentos ou práticas punitivas como forma de controle, em detrimento de abordagens mais humanizadas e terapêuticas. Naquela época, "não existiam trocas sociais entre trabalhadores de saúde e os internos, como comunicação, afetividade e acolhimento, os portadores de transtorno mental não recebiam tratamento digno, muitas vezes eram tratados com violência e, por não serem estimulados, suas potencialidades eram reduzidas até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social" (Guimarães *et al*., 2013, p. 362).

Assim, mediante os desafios descritos, apresenta-se como necessidade a adequação dos serviços para que possa acompanhar a demanda populacional, tanto no número de trabalhadores como na oferta de insumos para o tratamento. Além disso, propiciar aos funcionários qualificação técnica, para que possam desenvolver habilidades e competências necessárias no manejo a pacientes em situação de sofrimento psíquico e assim aprimorar a qualidade do atendimento.

Possibilidades de melhorias para a Rede de Atenção Psicossocial

Após a identificação dos fatores dificultadores para o tratamento nos diferentes níveis de atenção à saúde, os participantes puseram-se a pensar sobre as possibilidades de ação no intuito de prover melhorias nas boas práticas em saúde mental.

Cláudio analisa a necessidade de uma política participativa, onde o gestor ofereça abertura para dialogar com os usuários para que possa compreender suas demandas, de modo a adotar medidas contextualizadas, de acordo com as reais necessidades do público e especificidades do

serviço. *"Eu acho que as autoridades deveriam ouvir melhor a comunidade, porque só assim eles vão entender o que a gente passa, o que a gente precisa, não adianta só vir recursos do governo federal, estadual, do município, e não saber aplicar ou aplicar de uma forma errada, sem necessidade ou equivocada".*

De modo a completar a fala de Cláudio, Célio cita a fiscalização da administração pública, "*é gestão, fiscalização, não deixar voltar. Na UPA não deixar faltar remédios, independente se é saúde mental ou não*", para que se possa acompanhar, controlar e avaliar a aplicação de recursos financeiros, para assegurar que estes sejam utilizados de forma eficiente e transparente.

A participação popular está intimamente ligada a processos democráticos e reivindicação por direitos (Romando *et al.*, 2023), garantida a partir da Lei nº 8.142/90, estabelece a participação da comunidade no processo decisório do SUS, assim como as transferências de recursos financeiros no âmbito da saúde.

Outra forma possível para promover a participação se dá através da assembleia dos usuários, espaço realizado no CAPS com o objetivo de discutir e deliberar sobre o cotidiano do serviço, estimulando o empoderamento político, o livre pensar e a autodeterminação (Pires *et al*., 2021). Todavia, essa abordagem participativa não é desenvolvida no local onde foi realizada a pesquisa. Assim, apresenta-se a necessidade de incentivo para a participação dos movimentos de usuários e familiares na ocupação dos diferentes espaços de deliberação da política de saúde.

Além disso, é levantado a necessidade de contratação de mais funcionários no intuito de adequar o quadro de servidores ao quantitativo de demandas, para que possa atender a população em tempo hábil e intervir no momento oportuno. *"Eu acho que poderia ter mais profissionais na área pra atender as pessoas mais rápido, se tivesse mais, por exemplo no CAPS, muita gente seria atendido mais rápido porque é uma coisa que a gente já tá sofrendo ali e tem que ficar aguardando" (Flor).*

Mariana assim como Flor propõe a acessibilidade nos atendimentos, devido ao período de espera entre marcações de consulta. Todavia, destaca-se em sua fala o desejo de construção de um plano de cuidado participativo e efetivo, onde o usuário possa reconhecer suas necessidades e opinar sobre seu tratamento. *"Com certeza, devia ser mais acessível o psicólogo pra conversar, assim, pessoalmente, individualmente, com cada paciente, aqui os psicólogos conversam em terapia em grupo e tem coisa que é só sua, pra você conversar com psicólogo, desabafar, e ser*

mais acessível consulta com psiquiatra, ser mais rápido, normalmente você agenda pra um mês ou mais pra conseguir o atendimento".

João avalia a necessidade de uma estrutura adequada para o CAPS, a qual possa suprir as necessidades básicas, assim como proporcionar conforto aos usuários, uma vez que a instituição oferta acolhimento diurno e promove atividades coletivas terapêuticas.

> Eu acho que tinha que ter mais melhoria, porque o CAPS não tem sede própria, fica mudando, vai pra um lado, vai pro outro, o local é apertado, não tem quase espaço pra fazer um evento, uma atividade física, muito tumultuado, os banheiros também, só tem um banheiro, tem vez que quer ir no banheiro e tem que fazer fila, eu gostaria que tivesse sede própria pra não ter essa espera, também fazer atividade, evento, espaço maior pra demanda, não só pra mim, mas pra todo mundo que faz tratamento.

A estrutura física do CAPS, como orienta a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, deve ser projetada com características de ambiente residencial, no intuito de transparecer acolhimento e humanização no atendimento, de modo que favoreça a reintegração social dos pacientes, distanciando-se da ideia de institucionalização, para evitar práticas e ambientes segregadores, como os modelos manicomiais.

O CAPS II, atualmente, encontra-se instalado em um imóvel alugado, com configuração residencial, o que, embora transmita o ideário de receptividade, não comporta toda a demanda que atende, assim, reflete uma condição limitada para o atendimento e cuidado integral dos usuários.

Apresenta-se como sugestão, ainda, a implementação de ações e intervenções que se estendam para além dos limites físicos das instituições de saúde, promovendo atividades no território, "*ficaria melhor se tiver uma excursão de tempo em tempo, pra gente sair daqui um pouquinho, arejar a cabeça*" (Olívia). Essa abordagem permite a integração dos indivíduos em seu contexto social e comunitário, facilitando a continuidade do cuidado, o fortalecimento da rede de apoio psicossocial, acesso ao lazer e à cultura.

Dessa forma, como orienta o Ministério da Saúde (2005), o CAPS deve operar nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares. "Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns" (Brasil, 2005, p. 24).

Papel do CAPS no cuidado em saúde mental

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviço substitutivo, surge para transformar a prática do cuidado, ampliando o olhar sob o sujeito e o reinserindo em seu meio social, de modo a promover saúde mental ao oferecer cuidados psicossociais de forma integral e comunitária.

A partir das narrativas, foi possível verificar que, apesar das inúmeras dificuldades vivenciadas, citadas anteriormente, o CAPS cumpre com o seu objetivo de promover cuidado, interação e reabilitação social. Os participantes expressaram o reconhecimento na melhora de seus casos clínicos a partir do tratamento ofertado, por meio de atendimentos individuais e atividades coletivas.

> Para mim é o que mais tem me ajudado, porque é onde eu tenho acesso a psiquiatra, psicólogo, aos remédios que tenho que tomar, tenho acesso a pedido de exame, é aqui onde consigo realmente fazer o tratamento. A ideia de um CAPS é a ideia que eu apoio e deve continuar sendo apoiada, é uma maneira melhor de tratar de forma geral os problemas de saúde mental que existe, as experiências passadas a gente já pode concluir que são ruins, hospícios, manicômios, os relatos são ruins. A ideia dos CAPS pra mim é uma ideia que as autoridades devem continuar pensando e melhorando isso, tanto hoje como futuramente, é a esperança de ajudar as pessoas com esses problemas que elas têm (Cláudio).

> Eu acho ótimo, porque tá me ajudando muito, eu acho que se eu não tivesse ido pro caps nem aqui estaria. Eu tenho apoio, se eu não fosse atendido pelo psiquiatra, mas aí sempre um psicólogo que pode me ajudar de certa forma (Flor).

> Foi muito importante, está sendo, é fundamental, sempre que você não está bem, assumir pra si mesmo e procurar ajuda, é muito importante a saúde mental, o tratamento disponível, gratuito (Ester).

> Pela saúde da gente, pra melhoria da saúde da gente, pra gente não adoecer, não dar crise mais, tem a medicação, as atividades físicas pra ajudar também, enfim, tudo (João).

> A medicação e o acompanhamento que faz com a gente, conversa, faz terapia (Mariana).

> Aqui é ótimo, todos eles que passei, muito ótimo. Toma remédio, recebe apoio psicológico, tem muita atividade (Olívia).

Além disso, destaca-se a abordagem humanizada, priorizando o acolhimento e a criação de um ambiente de empatia e afeto, o que faz com que os pacientes se sintam encorajados, pertencentes, respeitados e valorizados. Tal abordagem não apenas favorece a construção de vínculos de confiança entre si, mas também contribuiu para o bem-estar emocional dos usuários,

promovendo um cuidado mais sensível em suas necessidades e demandas (Franco; Pegoraro, 2023).

> Às vezes eu chego pra baixo, chorona, porque eu passo muitos preconceitos, discriminação, aqui me ajudou bastante, com conversa, melhora minha autoestima (Mariana).
>
> Quando eu venho aqui no CAPS, o que mais me importa não é nem meu tratamento nem meus remédios nem nada, o que me importa é que eu sou aceitado aqui da maneira que eu sou, um ex bandido, reeducando, que não deve mais nada, que entrou aqui ninguém teve preconceito, me acolheram, é uma família que eu tanto amo e defendo. A importância do CAPS é isso (Diego)
>
> Muito importante, já pensei em desistir, quem passa por ali, ali a gente constrói um vínculo e é uma família pra gente (Célio).

Assim, sua atuação se destaca pela abordagem desinstitucionalizada, a partir do contexto social do sujeito, buscando não apenas o tratamento daquilo que lhe causa sofrimento, mas também promoção de qualidade de vida, reintegração social e cidadania, contribuindo para a redução do estigma e para o fortalecimento da rede de apoio no território.

Considerações finais

Ressalta-se a necessidade de uma qualificação contínua do manejo em saúde mental em todos os pontos da rede de atenção, não se restringindo apenas ao CAPS. É necessário que os profissionais de serviços como UPAs, Hospital Geral (HGP) e Unidades de Saúde da Família (USF) também recebam treinamento adequado, garantindo um atendimento humanizado e eficiente em todas as esferas de cuidado.

Deve-se priorizar a integração desses serviços, de forma a evitar a fragmentação do cuidado, promover uma abordagem mais coesa, centrada no paciente e resolutiva. Além disso, a necessidade de desenvolvimento de ações territoriais voltadas à promoção e prevenção em saúde mental, buscando evitar que os casos cheguem à atenção terciária, além de prevenir a reincidência de internações ou crises mais graves.

Ainda, há necessidade de equiparar o quantitativo de profissionais ao volume de demandas, ou adotar estratégias que permitam reduzir o número de pessoas que aguardam atendimento, garantindo que a assistência seja ágil e eficaz. Somente com uma abordagem integrada, capacitação contínua dos profissionais, e um trabalho em conjunto entre os diferentes pontos da rede será possível avançar na construção de um sistema de saúde mental mais eficaz, acessível, humanizado e antimanicomial.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023*. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

_____. Ministério da Saúde. *Nota Técnica Nº 10/2023 - CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS*, que trata das diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2023/agosto/ministerio-da-saudedivulga-diretrizes-para-equipes-multiprofissionais-na-atencaoprimaria/sei_ms-0034918382-nota-tecnica-10.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. *Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde* [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

_____. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil, 2020.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Brasileiro de 2022*. Palmas: IBGE, 2022.

_____. Ministério da Saúde. *Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019.

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

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, nov. 2005.

_____. Presidência da República. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 6 abr. 2001.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; SAIDEL, Maria Giovana Borges. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 10, n. 25, p. 404-424, 2022. Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/545/337. Acesso em: 15 jan. 2025.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo social. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 575-582, out./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a09v36n95.pdf. Acesso em: 18 out. 2023.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas - Crepop. *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial*. – ed. rev. — Brasília: CFP, 2O22.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. SP: Perspectiva, 2008.

GUIMARÃES, A. N.; BORBA, L. O.; LAROCCA, L. M.; MAFTUM, M. A. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2013.

LIANDRO, Bismarck. A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social. *Revista Científica Semana Acadêmica*, Fortaleza, n. 126, 2018. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social. Acesso em: 25 jan. 2025.

LIMA VERDE PESSOA, Karine et al. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. *Revista Salud Pública*, Bogotá, v. 20, n. 6, p. 692-698, dez. 2018.

MARTINS, Fayruz Helou *et al.* Acolhimento e vínculo terapêutico como dispositivos de tecnologia leve na promoção de saúde em unidade neonatal: um relato de experiência. *Gep News*, v. 7, n. 2, p. 20-26, 2023.

MOURA, Cleson Oliveira de et al. Percurso metodológico para alcance do grau de saturação na pesquisa qualitativa: teoria fundamentada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, p. e20201379, 2021.

PALMAS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Saúde Mental da Rede de Atenção Psicossocial de Palmas/TO.* Palmas, 2018.

PIRES, R. R.; FERREIRA, G. S.; ALENCAR, A. B.; SAMPAIO, J. J. Participação social na política de saúde mental: questões pertinentes para sua avaliação. *Dialogus Interdisciplinar em Psicologia e Saúde Mental*, v. 1, n. 1, p. 70-77, 2021.

ROMANO, Bruna et al. Caminhos da participação popular na saúde mental: uma revisão narrativa. *Saúde e Sociedade*, v. 32, p. e210875pt, 2023.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Psicoterapias Cognitiva*, v. 4, n. 1, 2008. s.p. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a08.pdf. Acesso em: 25 jan. 2025.

SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021.

TAVARES, M.; WERLANG, B. S. G. O conceito de crise na Clínica da Intervenção em Crise. In: VIANA, T. C. et al. (Orgs.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Liber Livros, 2012. p. 470-493.

REVISTA
DESAFIOS
ISSN: 2359-3652

FATORES QUE INFLUENCIAM NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL EM PALMAS/TO

FACTORS THAT INFLUENCE THE MENTAL HEALTH OF PROFESSIONALS WORKING IN THE MENTAL HEALTH CARE NETWORK IN PALMAS/TO

FACTORES QUE INFLUYEN EM LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EM LA RED DE ATENCIÓN EM SALUD MENTAL DE PALMAS/TO

Autor 1 (Evelin Chayane Pantoja Santos):

Residente de Enfermagem em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas/TO (FESP-PALMAS). E-mail: evelin.pantoja@mail.uft.edu.br | Orcid.org/0009-0009-8949-7706

Autor 2 (Ana Carolina Peixoto do Nascimento):

Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (FESP-Palmas). Mestre em Ensino em Ciências e Saúde (UFT) e doutoranda pela Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde (UnB). E-mail: ana.carol57@hotmail.com | Orcid.org/0000-0002-2051-7838

Artigo recebido em 18/04/2021 aprovado em 24/11/2022 publicado em 28/02/2023.

RESUMO:

Como citar este artigo:

Esse estudo investigou os fatores que influenciam a saúde mental dos profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Palmas/TO, e como esses fatores impactam a qualidade do cuidado oferecido aos usuários. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco profissionais dos serviços de saúde mental, e através da análise de conteúdo, identificou-se as categorias: o impacto emocional do trabalho, estratégias de enfrentamento e relação entre saúde mental e qualidade do atendimento. Os resultados evidenciaram que a insuficiência de recursos materiais e humanos intensifica o desgaste emocional dos profissionais, enquanto estratégias de enfrentamento, como apoio social e distanciamento emocional, auxiliam na preservação da saúde mental, porém são pouco acessadas pelos profissionais por motivos ainda desconhecidos. Conclui-se que intervenções institucionais e políticas voltadas ao suporte e valorização desses profissionais são fundamentais para minimizar os impactos negativos no ambiente de trabalho e melhorar a qualidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Pessoal de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT:

This study investigated the factors that influence the mental health of professionals who work in Psychosocial Care Centers (CAPS) in Palmas/TO, and how these factors impact the quality of care offered to users. Semi-structured interviews were carried out with five professionals from mental health services, and through content analysis, the categories were identified: the emotional impact of work, coping strategies and the relationship between mental health and quality of care. The results showed that insufficient material and human resources intensify the emotional exhaustion of professionals, while coping strategies, such as social support and emotional distancing, help to preserve mental health, but are little accessed by professionals for reasons that are still unknown. It is concluded that institutional and political interventions aimed at supporting and valuing these professionals are essential to minimize negative impacts on the work environment and improve the quality of care.

KEYWORDS: *Mental Health, Health Personnel, Psychosocial Care Centers.*

RESUMEN:

Este estudio investigó los factores que influyen en la salud mental de los profesionales que actúan en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de Palmas/TO, y cómo estos factores impactan la calidad de la atención ofrecida a los usuarios. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco profesionales de servicios de salud mental y, mediante análisis de contenido, se identificaron las categorías: el impacto emocional del trabajo, las estrategias de afrontamiento y la relación entre la salud mental y la calidad de la atención. Los resultados mostraron que la insuficiencia de recursos materiales y humanos intensifica el agotamiento emocional de los profesionales, mientras que las estrategias de afrontamiento, como el apoyo social y el distanciamiento emocional, ayudan a preservar la salud mental, pero son poco accesibles por los profesionales por razones aún desconocidas. Se concluye que las intervenciones institucionales y políticas encaminadas a apoyar y valorar a estos profesionales

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

son esenciales para minimizar los impactos negativos en el clima laboral y mejorar la calidad de la atención.

Palabras clave: *Salud Mental, Personal de Salud, Centros de Atención Psicosocial.*

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um componente essencial da qualidade de vida de indivíduos e comunidades, tendo um impacto significativo em diversos aspectos das interações sociais, produtividade e bem-estar geral (SCHNOOR, 2023). Segundo Jorge, Carvalho e Silva (2014), profissionais que atuam na área da saúde mental desempenham um papel fundamental ao fornecerem cuidados, apoio e intervenções para pessoas que têm necessidades de saúde mental. No entanto, o contexto em que esses profissionais operam é frequentemente permeado por situações inerentes aos sistemas de saúde, às percepções sociais e às demandas individuais (DA SILVA, et al. 2023).

Esses profissionais enfrentam desafios únicos, trabalhando com pessoas que têm demandas psicossociais distintas e frequentemente atuam em casos de alta complexidade, além de lidarem diariamente com a falta de recursos no ambiente de trabalho precário e o desgaste emocional decorrente do contato constante com histórias de extremo sofrimento e vulnerabilidade (ZANATTA, 2017). No entanto, pouca atenção tem sido dada aos fatores que impactam a saúde mental desses profissionais em contextos específicos (FIDELIS, et al. 2021).

No cenário da rede de assistência à saúde mental em Palmas/TO, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) desempenham um papel fundamental no atendimento e cuidado de indivíduos em busca de suporte para demandas em saúde mental (ZANATTA, 2017). Enquanto esses serviços desempenham um papel vital na promoção do bem-estar mental da comunidade, é essencial considerar a saúde mental dos próprios profissionais que atuam nesses serviços, uma vez que seu estado mental pode influenciar diretamente a qualidade do cuidado que oferecem (MACEDO., et al. 2013).

A pesquisa reflete a abordagem abrangente adotada para compreender a interligação entre a saúde mental dos profissionais e os elementos que a impactam. A complexa teia de fatores que permeiam o ambiente de trabalho, os desafios sociais e as características pessoais podem moldar a saúde mental desses profissionais e, consequentemente, repercutir na qualidade do cuidado prestado aos usuários dos CAPS AD III e CAPS II.

Assim, a presente pesquisa investigou a relação entre fatores organizacionais, sociais e pessoais e a saúde mental dos profissionais que atuam nos CAPS em Palmas/TO, além de subsidiar o entendimento de como esses fatores influenciam a qualidade do cuidado oferecido aos usuários destes serviços. A compreensão aprofundada dessa dinâmica fornece entendimentos valiosos para aprimorar a assistência à saúde mental, tanto para os profissionais que ofertam esses serviços, quanto para os indivíduos que buscam apoio nessas instituições.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

Minha inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental permitiu uma vivência direta com os desafios enfrentados pelos profissionais que atuam nos CAPS de Palmas/TO. Durante esse percurso formativo, pude observar de perto as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços, incluindo a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos e o impacto emocional do atendimento a usuários em sofrimento psíquico. Essa experiência despertou meu interesse em investigar os fatores que influenciam a saúde mental desses profissionais, buscando compreender como o contexto organizacional e social afeta seu bem-estar e desempenho profissional.

Por meio da análise dessas influências, espera-se contribuir para um entendimento mais completo dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental, assim como para o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar tanto o ambiente de trabalho, quanto a qualidade dos serviços prestados. A pesquisa buscou, portanto, ampliar o conhecimento existente, possibilitando evidenciar o atual contexto da saúde mental de Palmas/TO, e assim, contribuir com futuras pesquisas no município.

METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa, com base no método de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2006). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares do CAPS AD III e CAPS II, em um roteiro contendo cinco perguntas abertas abordando os seguintes tópicos/temas:

1. Como você percebe o impacto do ambiente de trabalho nos CAPS AD III/CAPS II
   sobre sua saúde mental, considerando aspectos como carga de trabalho, condições e suporte
   institucional?
2. De que forma as interações e vínculos com os usuários dos serviços de saúde mental influenciam seu estado psicológico?
3. Quais estratégias pessoais você utiliza para lidar com os desafios e o estresse do trabalho nos CAPS?
4. Como você percebe a relação entre sua saúde mental e a qualidade do atendimento que você oferece aos usuários?
5. Como as demandas emocionais do trabalho nos CAPS impactam sua saúde mental e sua motivação para continuar atuando nessa área?

Os participantes da pesquisa foram convidados presencialmente através de contato individual direto, bem como em momento oportuno, em convite coletivo e presencial durante as reuniões semanais de equipe dos cenários supracitados. Neste momento foram dadas informações prévias sobre o tema, como dar-se-ia a pesquisa e quais os critérios de participação.

Após a manifestação de interesse em participar da entrevista e confirmação de estar dentro dos critérios de inclusão estabelecidos, os participantes foram contatados para o agendamento das entrevistas. Para isso, foi agendado individualmente, via WhatsApp, o dia e horário que seria realizada a entrevista, a qual aconteceu nas dependências dos CAPS, com a concordância das coordenações dos serviços, em ambiente fechado, que permitiu o conforto e sigilo do entrevistado. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI), sanada as possíveis dúvidas do participante e, após concordância e assinatura, a coleta de dados por meio de entrevista no formato semiestruturado foi iniciada. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa (CAPP) do município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP), sob parecer CAAE n° 80257424.3.0000.9187.

A entrevista semiestruturada é um modelo de entrevista que representa uma técnica de pesquisa qualitativa que oferece a flexibilidade necessária para explorar a complexidade dos tópicos abordados (GUAZI, 2021). Esse método combina elementos de estruturação e abertura, permitindo que o pesquisador realizasse perguntas predefinidas, ao mesmo tempo abrisse espaço para que os participantes expressassem suas opiniões, experiências e perspectivas de forma mais ampla (GUAZI, 2021). Esta abordagem possibilitou uma compreensão mais rica e holística do assunto, tornando-se a escolha ideal para este estudo. É importante ressaltar que as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas de forma ética e respeitosa, garantindo a confidencialidade e anonimato dos participantes, conforme estabelecido nos princípios éticos da pesquisa.

A amostra foi composta por cinco profissionais atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Palmas/TO integrantes da equipe multiprofissional, incluindo residentes, bolsistas, contratados e concursados, sendo três profissionais do CAPS AD III e dois profissionais do CAPS II. As entrevistas ocorreram em novembro de 2024, foram gravadas e transcritas com o auxílio dos *softwares Good Tape* e *Gladia*, o que facilitou a organização, armazenamento do material transcrito, codificação da entrevista e a análise textual (WALTER; BACH, 2015). As respostas foram verificadas quanto à fidelidade e interpretação dos dados, seguindo as orientações de Flick (2009) e Gibbs (2009).

O processo metodológico de análise de conteúdo seguiu as etapas descritas por Laurence Bardin (2006). De acordo com Bardin, é uma abordagem metodológica amplamente utilizada em pesquisa qualitativa para a interpretação e sistematização de dados textuais, sejam eles provenientes de entrevistas, documentos, ou qualquer outra forma de texto. Ela é especialmente útil para extrair significados, padrões e informações relevantes de dados textuais, tornando-se uma ferramenta essencial para pesquisadores de diversas

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

áreas. A seguir, são descritos os passos da análise de conteúdo de acordo com a abordagem de Bardin (DE SOUSA; DOS SANTOS, 2020):

•Pré-análise: leitura flutuante das transcrições para identificação de temas e categorias iniciais.

•Exploração do material: codificação dos dados e categorização em tópicos principais, como "impacto emocional", "estratégias de enfrentamento" e "recursos organizacionais".

•Tratamento dos resultados: análise interpretativa dos dados, buscando identificar padrões e relações entre as categorias, além de realizar comparações com os achados de outros autores.

Quadro 1 – Detalhamento das entrevistas

Nome	Vínculo do Servidor	Período da Entrevista
Entrevistado 1	Bolsista	novembro
Entrevistado 2	Contrato	novembro
Entrevistado 3	Efetivo	novembro
Entrevistado 4	Residente	novembro
Entrevistado 5	Residente	novembro

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

No quadro 1 demonstra uma visão das entrevistas contendo a quantidade de entrevistados, o tipo do vínculo e o período de realização das entrevistas. Foi realizado uma pré análise através de uma leitura flutuante das transcrições das entrevistas para compreender o contexto e identificar os temas principais. Durante esta etapa, observou-se a recorrência de temas como o impacto emocional do trabalho, estratégias de enfrentamento e relação entre saúde mental e qualidade do atendimento. Posteriormente, realizada a elaboração de categorias que foram definidas de forma dedutiva (baseadas no referencial teórico) e indutiva (emergentes das entrevistas):

•**Ambiente de trabalho:** Recursos organizacionais e institucionais;

•**Saúde mental do profissional:** Sobrecarga emocional, frustração;

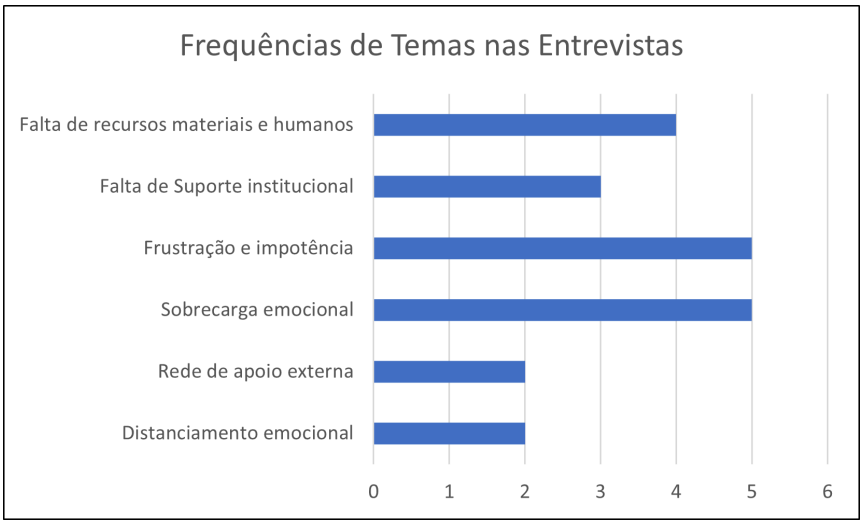
•**Qualidade do cuidado:** Impacto emocional no atendimento;

•**Estratégias de enfrentamento:** Rede de apoio, práticas de fatores protetivos (igreja, estudo, etc).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da desta pesquisa evidenciaram aspectos relevantes acerca do impacto do trabalho na saúde mental e na qualidade do cuidado oferecido. Os principais achados são ilustrados no Gráfico 1 que mostra a frequência das categorias emergentes, enquanto a Tabela 1 detalha os temas e suas subcategorias identificadas.

Gráfico 1 - Frequências de Temas nas Entrevistas



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

O Gráfico 1 evidencia que todos os participantes da pesquisa relataram frustração e sentimento de impotência ao atuar no serviço, além de sentirem sobrecarga emocional. Por outro lado, apenas dois dos cinco participantes relataram recorrer a fatores protetivos tais como rede de apoio externa e distanciamento emocional.

Já na Tabela 1 abaixo ilustra as categorias, subcategorias e frequências que apareceram nas falas dos entrevistados. Através da exploração do material com o objetivo de identificar, classificar e organizar as informações com base na metodologia de Bardin (2006) obteve-se os seguintes achados:

1.Codificação: Trechos das entrevistas foram associados às categorias definidas. Exemplos de codificação incluíram:

•**Trecho 1 (Entrevistado 1):** "*A carga horária pra mim não é algo que pesa... O que mais impacta tem a ver com recursos humanos*."

•**Categoria:** Ambiente de trabalho – Recursos organizacionais.

•**Trecho 2 (Entrevistado 3):** "*Quando eu saio do trabalho, tento deixar o trabalho aqui... Criei essa autodefesa.*"

•**Categoria:** Estratégias de enfrentamento.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

2.Classificação e Agregação: Os dados foram organizados em categorias principais e subcategorias:

a) Ambiente de trabalho:

•Recursos materiais insuficientes;

•Falta de suporte institucional.

b) Saúde mental do profissional:

•Sobrecarga emocional;

•Sentimento de impotência diante das demandas dos usuários.

c) Qualidade do cuidado:

•Impacto do estado emocional no atendimento;

•Esforços para evitar transferência emocional.

d) Estratégias de enfrentamento:

•Rede de apoio externa (igreja, amigos);

•Distanciamento emocional (separar vida profissional e pessoal).

3.**Enumeração:** Foram contabilizadas as frequências de ocorrência de temas nas entrevistas:

•Menções à falta de recursos organizacionais: 4 vezes;

•Relatos de frustração com histórias de usuários: 5 vezes;

•Uso de estratégias de enfrentamento: 5 vezes.

Tabela 1 – Categorias e Frequências

Categoria Principal	Subcategoria	Frequência
Ambiente de Trabalho	Falta de recursos materiais	4 vezes
	Suporte institucional	3 vezes
Saúde Mental do Profissional	Frustração e impotência	5 vezes
	Sobrecarga emocional	5 vezes
Estratégias de Enfrentamento	Rede de apoio externa	2 vezes
	Distanciamento emocional	2 vezes

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Os dados apresentados na Tabela 1 revelam importantes aspectos sobre os desafios enfrentados pelos profissionais em seu ambiente de trabalho e estratégias utilizadas para lidar com essas dificuldades. A categoria "Ambiente de Trabalho" destaca a "Falta de recursos materiais" como uma ocorrência significativa (4 vezes), seguida do "Suporte institucional" (3 vezes), evidenciando a precariedade de condições estruturais e a limitada assistência organizacional, fatores que podem impactar negativamente a qualidade do serviço. Além disso, identificou-se que o estado emocional dos trabalhadores afeta diretamente a qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços. Profissionais que relataram alto nível de estresse e exaustão emocional também mencionaram dificuldades em estabelecer vínculos terapêuticos eficazes e em manter a empatia necessária para um cuidado humanizado. A sobrecarga de demandas e a carência de suporte institucional impactam negativamente a disposição e o comprometimento dos profissionais, resultando em possíveis falhas na assistência aos usuários.

Na categoria "Saúde Mental do Profissional", observam-se altos índices de "Frustração e impotência" e "Sobrecarga emocional", ambos com 5 registros, refletindo o desgaste emocional e psicológico que esses profissionais enfrentam. Já as "Estratégias de Enfrentamento" incluem "Rede de apoio externa" e "Distanciamento emocional", ambos relatados 2 vezes, sugerindo que nem todos os profissionais buscam alternativas externas e emocionais para lidar com os desafios diários. Esses dados se assemelham com os resultados encontrados por Zanatta (2017) em sua obra, onde indicam a necessidade de melhorias estruturais e institucionais, bem como de suporte para saúde mental, a fim de minimizar os impactos adversos e promover um ambiente de trabalho mais sustentável e saudável.

Os achados deste estudo corroboram a literatura existente, que aponta a precariedade das condições de trabalho nos serviços de saúde mental como um fator crítico para o desgaste emocional dos profissionais (DE JESUS; DA SILVA; DE MORAES CRUZ, 2024). Estudos anteriores indicam que a insuficiência de recursos materiais e humanos contribui para sentimento de impotência e frustração, além de impactar diretamente a qualidade do atendimento prestado (DA SILVA *et al*., 2024).

Por outro lado, as estratégias de enfrentamento identificadas neste estudo refletem a resiliência dos trabalhadores, destacando a importância de redes de apoio e práticas de autocuidado. Essas estratégias são consistentes com pesquisas que apontam o suporte social como um fator protetivo para a saúde mental em contextos de alta demanda emocional (NAZAR *et al*., 2022).

Vale ressaltar que minha experiência na residência multiprofissional reforçou essas percepções, uma vez que vivenciei os desafios relatados pelos entrevistados em meu próprio percurso formativo. A sobrecarga de demandas, a carência de suporte institucional e a necessidade de desenvolver estratégias

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

de enfrentamento foram aspectos evidenciados tanto na minha trajetória quanto nos depoimentos colhidos. Assim, os resultados desta pesquisa não apenas refletem a realidade dos trabalhadores efetivos dos CAPS, mas também dos residentes, que compartilham dessas dificuldades e necessitam de suporte para garantir sua saúde mental e um bom desempenho profissional.

Em síntese, os resultados reforçam a necessidade de ações institucionais voltadas para a melhoria das condições de trabalho nos CAPS, incluindo a disponibilização de recursos adequados e a implementação de programas de suporte psicológico para os profissionais. Essas ações podem não apenas minimizar o impacto emocional do trabalho, mas também melhorar a qualidade do cuidado oferecido aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo destacaram a complexa inter-relação entre o ambiente de trabalho, a saúde mental dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a qualidade do cuidado prestado aos usuários. A análise revelou que fatores como a falta de recursos materiais e humanos, a sobrecarga emocional e o sentimento de impotência diante das dificuldades impactam significativamente o bem-estar dos trabalhadores. Contudo, estratégias de enfrentamento, como o distanciamento emocional, o apoio social e as práticas de autocuidado, têm desempenhado papel fundamental na preservação da saúde mental desses profissionais.

Além disso, embora os dados coletados indiquem que a saúde emocional dos trabalhadores pode estar relacionada à qualidade do cuidado oferecido, não foi possível evidenciar essa correlação de maneira conclusiva devido a fragilidades na pesquisa. As entrevistas não forneceram elementos suficientes para afirmar com certeza como o estado emocional dos profissionais impacta diretamente o atendimento aos usuários. Entretanto, os relatos sugerem que a ausência de suporte institucional e a carga excessiva de trabalho podem influenciar na disposição e no comprometimento dos trabalhadores, o que pode ter reflexos na assistência prestada.

A ausência de suporte institucional e a carga excessiva de trabalho comprometem o bem-estar dos trabalhadores e também sugerem que a qualidade do serviço prestado seja prejudicada, afetando a continuidade do cuidado e a construção de relações de confiança entre profissionais e usuários.

Esse estudo contribuiu para a ampliação do conhecimento sobre os desafios enfrentados por esses profissionais e a necessidade de intervenções estruturais que promovam um ambiente mais acolhedor e resiliente. Contudo, reconhece-se que a pesquisa possui limitações, como o foco em uma região específica e uma amostra limitada. Sugere-se, portanto, a realização de novos estudos que ampliem essa abordagem para diferentes contextos, explorando

intervenções que possam ser aplicadas em nível nacional, com vistas à respeitar e atender as políticas de saúde mental existentes para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Brasil, além de um olhar mais cauteloso por parte dos trabalhadores para a sua própria saúde mental, que por muitas vezes não são levadas em consideração por estarem inseridos em um contexto de muita demanda, metas a bater e equipe reduzida.

REVISTA DESAFIOS ISSN: 2359-3652

Agradecimentos

A todos os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial do município de PALMAS/TO, por me permitirem trocar experiências únicas e ter inúmeros aprendizados ao longo desses 2 anos, ao Sistema Único de Saúde do Brasil, por servir de base para todo o percurso da minha qualificação, à minha orientadora professora Mestre Ana Carolina Peixoto, aos meus preceptores e tutores que contribuíram integralmente para o meu processo formativo, especialmente Andréia Andrade, Joyce Princeza, Muriel Rodrigues, Kamila Caicheta e Juliana Simões, aos meus colegas residentes, em especial Rúbia Mariana e Sara Fernandes que estiveram junto à mim até a finalização desse ciclo e literalmente dividindo o pão, à minha família, em especial meus pais e irmãos que desde o processo seletivo sempre estiveram comigo, acreditando em mim e dando todo apoio e suporte necessário e por fim e mais importante, à Deus, pois sem a presença e permissão dEle nada disso seria possível.

Referências Bibliográficas

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís de A. Rego e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).

DA SILVA, Joelma Veras et al. Saúde mental e trabalho: o impacto do burnout na qualidade do atendimento em serviços da saúde. [Editora]. 2024. Disponível em: < *https://www.researchgate.net/profile/Ana-Rita-De-Cassia-Moreira/publication/385910221_O_PAPEL_DAS_ENERGIAS_RENOVAVEIS_NA_MITIGACAO_DAS_MUDANCAS_CLIMATICAS/links/673b782bb94c451c1160634e/O-PAPEL-DAS-ENERGIAS-RENOVAVEIS-NA-MITIGACAO-DAS-MUDANCAS-CLIMATICAS.pdf#page=48*>. Acesso em: 25 jan. 2025.

DA SILVA, Meire Luci et al. Saúde Mental de Profissionais da Rede de Atenção Psicossocial Durante Pandemia de COVID-19. Saúde e Desenvolvimento Humano, v. 11, n. 1, 2023.

DE JESUS, Santana Alves; DA SILVA, Luciene Albuquerque; DE MORAES CRUZ, Ana Carolina. O impacto do estresse ocupacional na saúde mental do profissional enfermeiro. Brazilian Journal of Biological Sciences, v. 11, n. 25, p. e60-e60, 2024. Disponível em: < https://bjbs.com.br/index.php/bjbs/article/view/60>. Acesso em: 15 jan. 2025.

DE SOUSA, José Raul; DOS SANTOS, Simone Cabral Marinho. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. Pesquisa e debate em Educação, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020. Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

FIDELIS, Fabiana Aparecida Monção et al. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. *Escola Anna Nery*, v. 25, 2021.

Flick, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*-3. Ed. Porto Alegre: Artmed, (2009).

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da et al. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021.

GIBBS, Graham. *Análise de dados qualitativos.* Porto Alegre: Bookman, (2009).

GUAZI, Taísa Scarpin. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. Revista Educação, Pesquisa e Inclusão, v. 2, 2021.

JORGE, Marco Aurélio Soares; DE ARAUJO CARVALHO, Maria Cecilia; DA SILVA, Paulo Roberto Fagundes (Ed.). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

MACEDO, Jaqueline Queiroz de et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação profissional. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 22, p. 999-1006, 2013.

MERÇOM, Luciana Nascimento; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. Contextos Clínicos, v. 13, n. 2, p. 666-695, 2020.

NAZAR, Thaís Cristina Gutstein et al. Um olhar sobre a saúde mental de educadores na rede pública de ensino. *Iniciação Científica Cesumar*, v. 24, n. 2, p. 1-19, 2022. Disponível

em: < *https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/11309*>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SCHNOOR, Amanda Bueno; SOUZA, Mariana Fernanda. Qualidade de vida no trabalho: como a qualidade de vida dos atendentes de caixa de supermercado afeta a produtividade no trabalho?. Trabalho de Conclusão de Curso, 2023. Disponível em: < **https://ric.cps.sp.gov.br/handle/123456789/19380**>. Acesso em: 20 jan. 2025.

WALTER, Silvana Anita; BACH, Tatiana Marceda. Adeus papel, marca-textos, tesoura ecola: inovando o processo de análise de conteúdo por meio do atlas. Ti. **Administração: ensino e pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 275-308, 2015.

WICKHAM, Hadley. Reshaping data with the reshape package. **Journal of statistical software**, v. 21, p. 1-20, 2007.

ZANATTA, Aline Bedin. Trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde mental que atuam nos CAPS de Campinas-SP. 2017. 1 recurso online (170 p.) Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: https://hdl.handle.net/20.500.12733/1631755. Acesso em: 25 jan. 2025.

O IMPACTO DO PROTAGONISMO: percepção do usuário na rede de atenção psicossocial de Palmas/TO

THE IMPACT OF PROTAGONISM: user perception in the psychosocial care network of Palmas/TO

Marcelia Saraiva Leal
Psicóloga, residente no Programa Multiprofissional de Saúde Mental, Palmas/TO

Muriel Corrêa Neves Rodrigues
Psicóloga, tutora no Programa Multiprofissional de Saúde Mental, Palmas/TO

RESUMO

Objetivo: A presente pesquisa visa analisar o impacto que o protagonismo do usuário no campo da saúde mental, no CAPS II, de Palmas/TO, pode causar nos usuários do serviço e o quanto esse impacto – de ser ouvido e ter seu lugar reconhecido como cidadão, pode tirá-lo da invisibilidade. **Método:** realizado uma pesquisa de campo, com finalidade metodológica básica, com objetivo descritivo e procedimento metodológico de levantamento de dados, no qual foram coletados junto aos usuários do CAPS II de Palmas/TO. **Resultados** indicaram que os usuários do CAPS II de Palmas/TO conseguem exercer seu protagonismo, sentindo-se "bem tratados", "ouvidos" e "atendidos", o que aumenta seu empoderamento e adesão ao tratamento. A participação ativa dos usuários impacta positivamente a dinâmica com os profissionais de saúde, melhorando a qualidade do atendimento e a interação. **Conclusão:** O CAPS II é visto como um espaço seguro, onde os usuários desenvolvem confiança, apesar das fragilidades do serviço. O estudo destaca a importância de reconhecer e valorizar os usuários como sujeitos, promovendo sua autonomia e protagonismo.

Palavras-chave: Autonomia; Impacto; Percpção; Psicossocial; Transtorno mental; Saúde mental;

ABSTRATIC

Objective: This research aims to analyze the impact that user protagonism in the field of mental health at CAPS II, of Palmas/TO can have on service users, and how this impact—of being heard and having their place recognized as a citizen—can bring them out of invisibility. **Methodo:** Field research with a basic methodological purpose, descriptive objective, and data collection procedure, which was carried out with the users of CAPS II in Palmas/TO. **Results:** The results indicated that the users of CAPS II in Palmas/TO are able to exercise their protagonism, feeling "well-treated," "heard," and "cared for," which increases their empowerment and adherence to treatment. Active participation of users positively impacts the dynamics with health professionals, improving the quality of care and interaction. **Conclusion:** CAPS II is seen as a safe space where users develop trust, despite the service's fragilities. The study highlights the importance of recognizing and valuing users as subjects, promoting their autonomy and protagonism.

Keywords: Protagonism; Impact; Autonomy; Mental health; Mental disorder; Perception; Psychosocial;

INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1970, surgiram os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica no Brasil, liderados por profissionais de saúde mental que lutavam por melhores condições de trabalho e denunciavam abusos contra institucionalizados [(1)]. Este movimento deu voz aos grupos marginalizados, como os considerados loucos, leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos, órfãos e outros vistos como ameaças à ordem social [(2)]. Com a crescente demanda por internações e uma proposta contrária à reintegração social daqueles em invisibilidade, sem protagonismo e autonomia, buscou-se uma reforma de saúde mental que incluísse a criação de uma Política de Saúde Mental.

Seguindo esse percurso o deputado Paulo Delgado [(3)] propôs o projeto de Lei Federal 3.657 de 1989 para substituir progressivamente os hospitais psiquiátricos por outras modalidades. Em 2001, após mais de dez anos no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei nº 10.216/01, que "Dispõe da proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [(4)] ".

Com o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, foram criados serviços através da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a "Rede de Atenção Psicossocial" (RAPS) [(5)]. Essa rede visa a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção básica em saúde. Um desses pontos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, e CAPS ad III e IV, oferecendo atendimento clínico diário com médico psiquiátrico e abordagem multidisciplinar. Os CAPS desenvolvem atividades individuais e coletivas que visam à reinserção social do usuário [(6)].

A presente pesquisa focou no CAPS II de Palmas/TO, que conforme a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, "tem capacidade para atender uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes" [(6)]. Analisou-se o impacto do protagonismo do usuário no serviço de saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde “o protagonismo é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos” [7]. De acordo o documento técnico ‘Humaniza SUS’, de 2008, do Ministério da Saúde, “há ma dimensão subjetiva que toda prática da saúde supõe” [7]. Assim, nesse processo de peregrinação pela rede de saúde, pode encontrar profissionais que na dimensão subjetiva estejam despreparados para lidar com pessoas em sofrimento psíquico grave ou persistente Além disso, Alves [8], afirma que “no âmbito da reabilitação psicossocial, o empoderamento do usuário é princípio relevante para permitir que o indivíduo utilize seu poder inerente para fazer escolhas e tomar decisões [...].” . No livro: o Diário de um Hospício, de Lima Barreto [8], escritor negro e pobre, do ano 1917, e que pelas agruras da vida, esteve internado, por várias vezes, em um hospício, disse:

> *Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, e nem chinelos ou tamancos nos dão. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português arrogante, Deram- me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre.*

Diante desse relato, percebe o quanto se tratavam com indiferença pessoas com transtornos mentais e, ainda por cima, se tivessem estes marcadores sociais: ser pobre, negro, deficiente, e alcoólatra, a situação pioraria. Por isso, atualmente, para essas pessoas com o perfil acima, encontrar um lugar de fala para exercer um protagonismo, implica em desgaste social, [9]. Por isso esse estudo visou levantar resultados que indiquem a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais dos serviços de saúde mental. Esse processo é fundamental para garantir uma escuta qualificada, proporcionando voz àqueles que perderam sua autonomia.

Essa pesquisa investigou a percepção do protagonismo do usuário no campo da saúde mental, especificamente no CAPS II de Palmas/TO, seguindo das hipóteses iniciais: o protagonismo do usuário auxiliaria no enfrentamento dos pacientes em relação à invisibilidade no campo da saúde mental. adicionalmente, postulou-se que o usuário que expressa suas necessidades e experiências sente-se mais empoderado para prosseguir com o tratamento. O protagonismo também pode contribuir para a redução do estigma e atitudes preconceituosas

direcionadas às pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Teve como objetivo geral analisar a percepção do protagonismo do usuário que serviços no campo da saúde mental no CAPS II de Palmas – TO. Entre os objetivos específicos, buscou-se descrever como protagonismo do usuário na tomada de decisão pode influenciar na adesão ao tratamento. Também foram investigados os fatores que podem impedir ou limitar o protagonismo do usuário, comprometendo sua participação ativa. Além disso, a pesquisa levantou os desafios enfrentados pelos usuários na busca por protagonismo no e compreendeu como o protagonismo pode ser vivenciado pelo usuário no referido contexto.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa de campo, com procedimento metodologico básico e descritiva, que utilizou procedimentos de levantamento de dados. Os dados foram coletados junto aos usuários do CAPS II de Palmas/TO, serviço especializado em Saúde Mental que compoe a Rede de Atenção Psicossocial(RAPS). A pesquisa é de natureza qualitativa, focada em aspectos da realidade que não podem ser quantificados, ou seja, os dados são subjetivos e descritivos (Flick, 2013)[10]. A entrevista ocorreu nos meses de outubro e novembro, após aprovação do Conselho Nacional de Pesquisa (CEP), com o parecer de nº 7.041.886. Embasada no Resolução 466, de 12 dezembro de 2012 [11], "que a prova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos". E na Resolução, Nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[12], com "Diretrizes de pesquisa em ciências humanas e sociais."

A seleção da amostra foi realizada por conveniência, com critérios de inclusão aos participantes que se encontravam presentes no grupo de pintura que ocorre semanalmente no CAPS II de Palmas/TO no dia da coleta de dados e apresentaram condições cognitivas adequadas para responder às perguntas naquele momento. Para os critérios de exclusão, foram considerados os usuários que, no período da coleta de dados, estavam em surtos ou crises, bem como aqueles que estavam alcoolizados.

Subsequente a coleta de dados, a transcrição ocorreu em dezembro de 2024 feita manualmente, por conseguinte os relatos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin [13]. Segundo a autora, a organização da análise se dá em torno de três polos cronológicos, sendo eles a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, que consiste na interpretação e inferência dos dados coletados.

Assim sendo, a análise dos dados seguiu as seguintes etapas: 1) a preparação que consiste em selecionar materiais a ser analisado, 2) a codificação, que nada mais é, do que atribuir códigos aos trechos relevantes, 3) a categorização, que consiste em agrupar os códigos em categorias para identificar padrões, 4) a inferência dos resultados que corresponde a análise do conteúdo e, por fim, 5) o tratamento informático que se trata do ordenador da análise do conteúdo [13].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo objetivou analisar a percepção do protagonismo do usuário no campo da saúde mental, do CAPS II de Palmas/TO. Foi conduzida com a utilização do método de interpretação de dados, norteadas pelos seguintes eixos temáticos: Percepção do usuário, Adesão ao tratamento e Desafios enfrentados.

O grupo selecionado encontrava-se semanalmente nas dependências do CAPS II, denominado “Grupo de Pintura”, que focou em compreender se o usuário em sua percepção tem conseguido exercer o seu protagonismo no campo da saúde mental. Para a fins de apresentação dos dados, os usuários foram codificados, sendo identificados como Usuário 1 (U1), (U2) e assim por diante.

A pesquisa foi aplicada em uma amostra de 13 adultos, dos quais 09 eram mulheres, com idade média variando de 38 a 68 anos. Entre as mulheres, cinco eram brancas, sendo que três tinham ensino fundamental, um ensino médio e outra ensino superior. E três mulheres eram

pardas, sendo duas com ensino fundamental incompleto e uma analfabeta. Além disso, havia uma mulher indígena com ensino fundamental incompleto. Entre os quatro participantes do sexo masculino, com idades entre 34 e 53 anos, um era branco com ensino fundamental completo, um era pardo com ensino fundamental incompleto e dois eram pretos com ensino fundamental completo.

Percepção do Usuário e Adesão ao tratamento

A percepção dos usuários reflete como eles se veem em seu processo de cuidado, na valorização das suas falas, no atendimento humanizado e na capacidade de influenciar suas próprias trajetórias de tratamento, esses são elementos centrais que constroem o protagonismo no campo da saúde mental.

O protagonismo no contexto do CAPS II de Palmas/TO é profundamente influenciado pela forma como os usuários percebem e recebem o tratamento e pelas trocas de experiências. Segundo [35]" possibilitar que os usuários dos serviços possam falar sobre suas experiências e essas serem validadas significa fortalecer, ou "empoderar", a voz de cada um", e conforme os dados coletados nesta pesquisa, verificou-se que os usuários ao acessarem o CAPS II de Palmas/TO têm a percepção de que foram "bem tratados", "ouvidos" e "atendidos" em suas demandas, conforme a descrição de algumas categoria que foram surgindo no decorrer da análise das respostas dadas por eles.

Os treze usuários entrevistados, em sua maioria demonstram aspectos positivos, apontando bem-estar, qualidade no atendimento, sensação de segurança, reconhecendo ainda a importância do serviço.

- **Bem-Estar:** alguns entrevistados expressaram se sentirem bem e felizes com o atendimento recebidos:

> *Acho excelente meu tratamento, todo mundo recebe a gente tão bem, gosto muito de vir para cá. (U1)*

Me sinto bem, me sinto melhor, fico no meio de vocês, vocês conversam comigo, vocês tratam a gente bem. (U2)

Estou me sentindo bem, as pessoas me trata bem. (U12)

Sinto mais legal, mais alegre, mais amizade que tenho pelas pessoas, para conversar para distrair, me sinto melhor de boa e gostando. (U9)

- **Qualidade do Atendimento:** é frequentemente elogiada. Os usuários mencionam serem bem tratados pelos profissionais:

Nunca fui maltratada por ninguém, são pessoas boas e carinhosas.(U4)

[..] não tem que pagar para ser aceito iguar a sociedade [...] (U5)

Vejo como ótimo, faço tratamento com a dra, a dra me acompanhou quando meu marido me abandonou. (U7)

Eu vejo uma boa qualidade, aqui ele trata a gente muito bem, mesmo quando tenho vindo para cá tenho sentido uma grande melhora. (U10)

Conversa comigo, pergunta como eu estou, fala que estou mais magra, me botar para cima. (13)

- **A Sensação de segurança** é outro aspecto importante. Os usuários se sentem protegidos e amparados no CAPS:

Sensação que temos proteção que não estou abandonada. (U5)

Aqui me sinto mais seguro, tem coisas que não falo para minha família, mas tenho confiança em falar para o povo aqui".(U10)

É melhor do que eu ficar em casa. (U4)

- **Importância do Serviço**: alguns entrevistados destacam a importância do CAPS em suas vidas, chegando a afirmar que o serviço foi fundamental para a sua sobrevivência. Uma fala emblemática é:

[...] se não existisse o CAPS eu teria até cometido suicídio... (U5)

Portanto, quando os usuários relatam que são bem recebidos e tratados com respeito e carinho pelos profissionais do CAPS II, eles se sentem valorizados e respeitados. Isso fortalece seu senso de protagonismo, pois percebem que sua voz e necessidades reconhecidas e atendidas, conforme afirma Costa e Paulo [(14)]: o protagonismo "requer a constituição de espaços

em que os usuários possam experimentar a capacidade de pensar, sentir e decidir sobre suas vidas singulares".

Em uma pesquisa desenvolvida por Emerich[15] evidencia o processo de vivência da percepção do protagonismo, abordando a articulação entre autonomia e cogestão nas práticas em saúde mental, os resultados indicam que a integração dessas dimensões promove a participação ativa dos usuários e a corresponsabilidade no cuidado, fortalecendo a eficácia dos tratamentos e a qualidade dos serviços de saúde mental, ele[15] afirma que:

> A gestão autônoma da medicação não pode acontecer dentro dos serviços da rede pública de saúde mental sem que se reconheça e efetive o protagonismo de seus usuários. Constatou-se que a participação em espaço de negociação requer um processo, ao longo. do qual o usuário se sinta pertencendo ao grupo e com "coragem" para participar.

Apesar dos aspectos positivos mencionados, foi identificado que, neste contexto, há percepções que indicam a necessidade de melhorias.

> *[...] a gente consultou com médico hoje, quando a gente vem de novo já tem outro, eu não sei se é porque me esqueço do nome médico.[...] (U2)*
>
> *[...] Não marcar a consulta deixou eu meio preocupado. (U3)*
>
> *Falei moço não tem como conseguir antes ,nesse ponto não achei que fui ouvida, eu pedi, pedi e não colocaram. (U7)*
>
> *[...] tem uns que não atende a gente direito, vai ao contrário, com raiva. (U8)*
>
> *[...] antigamente era normal, depois começou a faltar as coisas. (U9)*
>
> *[...] eu gostava da psicóloga, só que tiram elas daqui[...](U13)*

Os problemas relatados acima indicam uma percepção de existirem aspectos negativos que precisam ser abordados apesar dos usuários enfatizarem na maioria das suas falas, que são bem atendidos, que conseguem se comunicar, no entanto, observa-se que os serviços oferecidos pelo CAPS II necessitam de melhorias, uma vez, identificada e sanadas podem potencializar o protagonismo dos usuários e aprimorar a qualidade dos serviços prestados [16].

A falta de qualificação no atendimento pode comprometer significativamente a qualidade dos serviços prestados. Uma comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes, bem como a alta rotatividade de profissionais, também são fatores prejudiciais.

Além disso, a escassez de recursos e a inadequação da infrainstruturaa impactam negativamente a organização dos serviços.

A ausência de empatia e o atendimento inadequado podem gerar desconfiança, frustração e preocupação entre os usuários, impactando diretamente na adesão e na eficácia das intervenções terapêuticas[17]. Estudos mostram que a comunicação eficaz e o vínculo entre paciente e profissional são cruciais para o sucesso do tratamento, e a falta desses elementos pode levar ao abandono do tratamento e a resultados clínicos insatisfatórios [18].

Dessa forma, intervenções voltadas para qualidade do serviço, para qualificação dos profissionais visando o autocuidado do usuário como a adoção de práticas, hábitos e comportamentos que promovam o bem-estar físico, emocional, social e espiritual, podem ser consideradas estratégias eficazes para a manutenção do protagonismo que desempenha um papel ativo na autogestão de sua saúde mental[19].

Mesmo com percepção de pontos negativos citados acima. Os usuários frequentemente destacam sentimentos de bem-estar, e segurança quando chegam ao CAPS, indicando que se sentem valorizados e ouvidos pelos profissionais de saúde. Então podemos concluir que a percepção dos usuários do CAPS II de Palmas/TO em relação à vivência ao protagonismo e ao tratamento é de alguma forma positiva, com destaque para o bem-estar, a qualidade do atendimento e a sensação de segurança proporcionados pelo serviço.

Nesta figura, observamos as palavras que mais se destacaram nas entrevistas sobre o tópico percepção dos usuários.

Figura 1. Nuvens de palavras dos usuário em relação Percepção dos usuários.

Fonte: Autora, com auxílio do aplicativo wordcloud.online, 2024 .

A análise de nuvens de palavras permite identificar as palavras mais frequentes nas entrevistas, proporcionando uma compreensão mais profunda dos aspectos mais enfatizados pelos usuários. Palavras como “sinto” e “falar” destacam-se, indicando a experiência emocional dos usuários com o tratamento e a expressão de seus pensamentos e opiniões. No entanto, a palavra “remédio” também se destaca, evidenciando a prevalência da visão biomédica entre os usuários.

Diversos fatores podem influenciar o fenômeno de adesão ao tratamento, como a rede de apoio, o tipo de tratamento, questões socioeconômicas e a atuação dos profissionais de saúde, a experiência individual de cada pessoa em relação à condução do tratamento, afetando sua decisão de aderir ou não a ele. (Medrado 2024)[20]. Por isso podemos perceber através dos dados coletados que a satisfação do usuário com o tratamento promove seu protagonismo, permitindo que se sintam mais confortáveis para expressar suas opiniões.

Apesar que no momento da entrevista alguns usuários ficaram com receios de se expressar, conforme a Usuária 2 relata: *“eu não sei se vou agravar o CAPS, machucar”*, embora no decorrer da entrevista a U2 ficou mais à vontade. Outros participantes lembraram de momentos que aderiram ao tratamento, conforme descrito em uma outra fala da usuária 8:

> “*o remédio que me dava eu jogava tudo no mato, […] de três meses para cá consegui tomar o remédio que o médico me ensinou”*.

Logo, a atenção e o cuidado recebido facilita a tomada de decisão e, consequentemente, aumenta a adesão ao tratamento.

> *Acho ótimo, facilita a adesão, todo mundo trata a gente bem, vocês são ótimos.(U1)*
>
> *[...] acho bom. não falto. (U2)*
>
> *O tratamento né, ruim não, no momento eu acho bom. (U3)*
>
> *[...] serviço legal, com relação às meninas do CAPS são tudo ótimo." (U4)*
>
> *O médico, ele é muito bom, muito alegre, conversa com a gente, atendendo*

direitinho. (U8)

Dentro deste contexto de processo de cuidado e atenção é essencial que haja um tratamento mais humanizado, como afirma a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS[21], tem como uns dos princípio "o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia do sujeito e do coletivo: que reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direito e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde".

Essa atenção e cuidado recebido pelo usuário não apenas fortalece o protagonismo e mas constrói uma relação de confiança que é fundamental para adesão ao tratamento e permite ajustes necessário para o tratamento, conforme pode -se afirmar em um estudo feito no CAPS ad na Paraíba a respeito da adesão ao tratamento por Da Silva[22], afirma "a qualidade do cuidado dispensado pelos profissionais contribui com a melhora dos usuários". Por isso, vale salientar o quanto o acolhimento e a maneira como se trata o usuário farão diferença na adesão ao tratamento.

- **Comunicação sobre o tratamento**

Podemos citar que a comunicação com os profissionais a respeito do tratamento demonstra ser também um dos fatores essenciais para a adesão ao tratamento, podendo ser considerada um processo de transmitir informações para outro, visando tornar algo conhecido, por meio de interações que envolvem a expressão de pensamentos, conceitos, ideias e desejos[23].

Uma comunicação adequada, que compartilhe significados e seja clara e acessível, torna-se indispensável para a adesão ao tratamento. Isso é exemplificado pela fala da usuária 12:

> *"Recentemente, conversei com a psicóloga, disse a ela que não estava bem e precisava de alguém para me ouvir. Ela dedicou um tempo para conversar comigo".*

Segundo o relato de experiência de De souza[24] no CAPS II no interior da Bahia "os

principais elementos que caracterizam uma assistência adequada/humanizada [...] são os impactos das tecnologias leves nas relações de cuidado", podemos conceituar tecnologia leves como sendo acolhimento, criação de vínculo, autonomia, responsabilização, comunicação adequada. Esses fatores potencializam a adesão ao tratamento conforme trechos da entrevistas abaixo.

> *"Eu converso quando sinto qualquer coisa, quando o remédio não está bem." (U1)*
>
> *Aí conversei com a psicóloga e ela disse: vai ficar tudo bem, tem que consultar com médico, não pode esquecer de tomar o remédio aí consegui. (U3)*
>
> *Sim, os tempos atrás chegava preciso de consulta com urgência, parece que o remédio não está fazendo efeito. (U5)*
>
> *Converso, sobre que meu tratamento está indo bem, falo dos remédios que não está chegando. (U8)*
>
> *Converso sempre quando eu preciso. (U10).*

Portanto, o protagonismo do usuário na tomada de decisão no CAPS II de Palmas/TO não apenas facilita a adesão ao tratamento, mas também reforça a importância de um serviço que coloca o paciente no centro do cuidado, promovendo um ambiente de acolhimento e respeito que é essencial para a recuperação e o bem-estar dos indivíduos atendidos.

Figura 2. Nuvens de palavras dos usuários em relação à adesão ao tratamento.

Fonte: Autora com auxílio do aplicativo wordcloud.online, 2024

Na análise dessa nuvem de palavras, observamos que o termo "falar" se destaca, indicando que os usuários conseguem se expressar ao acessar os serviços. No entanto, a palavra

“médico” também se destaca, evidenciando a relevância da figura do médico para os usuários[25].

Desafios enfrentados

Foram identificados nos relatos dos usuários fatores que podem limitar, ou até mesmo impedir o protagonismo no CAPS II de Palmas/TO, comprometendo assim sua participação ativa, também apontamos alguns pontos negativos no tópico: a percepção do usuário, demonstrada em uma série de desafios multifacetados. Os desafios apontados de maneira mais destacadas foram a indisponibilidade de medicação e as barreiras de acesso ao serviços, como expressado abaixo:

> “*Eu moro na Morada do Sol 2, tenho que pegar três ônibus, eu gostaria que aqui fosse mais perto, é muito longe*.” *(U13)*
>
> *“CAPS que tinha que ter um lugar próprio caps assim, para ter mais espaço e mais banheiros, porque aqui é dois banheiros e um banheiro tá interditado”(U3)*

Cada um desses aspectos desempenha um papel significativo na maneira como os usuários interagem com o CAPS e, consequentemente, na efetividade de sua participação e engajamento no tratamento[26].

- **Barreira de acesso**

Alguns desafios podem ser identificados na categoria barreira de acesso, podemos citar a distância, o transporte como sendo uns dos fatores, pois a necessidade de embarcar em vários ônibus para chegar ao CAPS II de Palmas/TO representa significativa barreira, podendo desmotivar a continuidade do tratamento, especialmente em momentos de crise, como ilustrado nas falas abaixo:

> *“Tenho crianças pequenas, é uma luta, para ir e voltar é quatro ônibus, já é um desafio. (U7).*
>
> *Eu venho de ônibus, antigamente a Kombi buscava em casa, eu tinha a carteirinha mas meu irmão 'noiado' usou e perdi por causa dele[...].(U9)*
>
> *Para vir para o CAPS eu enfrento um grande desafio, onde eu moro tenho que pegar dois ônibus, é difícil né, recolheram metade dos ônibus, [...].(U10)*

Os relatos indicam que os usuários enfrentam dificuldades para acessar o CAPS, sendo a distância e transporte um dos desafios que comprometem a participação ativa nas atividades. Esses desafios frequente afeta a continuidade do tratamento, uma vez que o CAPS não estar localizado no território de residência da maioria dos entrevistados.

Segundo afirma o departamento de ações estratégicas de Saúde Mental do SUS do Ministério da Saúde [26] "é importante que o CAPS procurado seja o mais próximo possível da região de moradia da pessoa". No entanto, o CAPS está localizado em uma área central que disfavorevel a maioria dos participantes da pesquisa.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[27], Palmas/TO em 2022 tinha uma população de 302.692 e conforme a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002[6], estabelece parâmetros para a criação de CAPS, a cidade de Palmas – TO se qualifica para a instalação de um CAPS III, "um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atender municípios com população acima de 200.000 habitantes"[6]. Portanto, seria estratégico instalar um novo CAPS em uma região que melhor atenda às necessidades da população.

- **Indisponibilidade de medicação**

Outra categoria identificada no eixo temático foi indisponibilidade de medicação na farmácia do CAPS, sendo uma barreira crítica mencionada por vários usuários nesta pesquisa. A necessidade de comprar medicamentos pode ser onerosa e desanimadora, principalmente para aqueles em condições financeiras desfavoráveis, como pode se ver no comentário da usuária 5:

> "*[...]dificuldade é que falta meu remédio na farmácia, é chato eu fico assim, tenho que comprar e podia ter né, não custava nada [...]*" *(U5)*

Segundo revisão sistemática de Neves [28] publicada entre 2014 e 2024, relacionado a condução do farmacêutico no CAPS, apresentam resultados que afirmam "a baixa disponibilidade de medicamentos e a falta de alternativas acessíveis, particularmente em áreas de menor desenvolvimento, constituem barreiras significativas para a continuidade terapêutica

dos usuários nos CAPS" O que também ocorre no CAPS II de Palmas/TO, conforme os seguintes relatos:

> *Na Farmácia, nem sempre tem os remédios, já cheguei aqui várias vezes, sempre faltavam os remédios que eu estava precisando. (U7)*
>
> *Quando venho pegar o remédio aqui, aí falta e não tem o remédio que está na receita. (U9)*
>
> *agora a farmácia que, às vezes falta alguns medicamentos. (U10)*
>
> *Na farmácia poderia colocar mais remédio que está faltando algum. (U5)*
>
> *[...]uma coisa que tenho para reclamar é que meu remédio mais caro só vive faltando ai tenho que me endividar para tomar esse remédio [...] (U1)*

Esses desafios acima foram evidentes após análise das entrevistas, embora alguns outros desafios tenham sido revelados, como por exemplo a infraestrutura do serviço, essa situação é particularmente mencionada pelo usuário 3.

> [...] *o CAPS que tinha que ter um lugar próprio [...], para ter mais espaço e ter mais banheiros. (U3)*

No entanto, a falta de medicamentos de uso contínuo é uma preocupação mais significativa, especialmente no contexto da saúde mental. A interrupção no fornecimento desses medicamentos pode levar a surtos ou crises em pacientes que dependem deles para manter a estabilidade emocional e mental. Segundo estudo de Oliveira[29] que aponta para a "baixa disponibilidade de medicamentos essenciais no Sistema Unico de Saúde (SUS) (58,5%) e "o preço dos medicamentos, que é determinado tanto por fatores relacionados ao mercado quanto pela capacidade aquisitiva de famílias [...], representa uma barreira ao acesso".

Contudo, apesar dos desafios frequentemente impostos pela própria instituição, como a falta de medicação, distância, rotatividade, infraestrutura inadequada e a figura do médico como predominante no tratamento e outros. Os usuários buscam participar ativamente das atividades de participação na pesquisa e a expressão de suas opiniões já constituem um exercício de protagonismo, demonstrando sua autonomia e envolvimento ativo no processo. Logo, a promoção do protagonismo dos usuários do CAPS II de Palmas /TO requer uma abordagem

holística que considere as múltiplas dimensões dos desafios enfrentados. Melhorias na infraestrutura, no acesso a medicamentos e no acesso ao serviço, juntamente com um maior investimento em recursos humanos e acolhimento, e acima de tudo estratégias que possam promover a desinstitucionalização, fazendo com que o caps seja uma instituição de passagem para que haja menos medicalização e mais interação social, por isso é essencial criar um ambiente onde os usuários possam participar ativamente e exercer seu protagonismo de forma plena, No entanto, a percepção dos usuários está predominantemente centrada na figura do médico, o que dificulta a identificação de outras formas de promoção da saúde.

Figura 3. Nuvens de palavras em relação Desafios enfrentados

Fonte: Autora com auxílio do aplicativo wordcloud.online, 2024

Na análise da nuvem de palavras, observamos que o termo “remédio” se destaca mais uma vez. Isso evidencia a importância atribuída pelos usuários à medicação no contexto do tratamento. A ausência de medicação gera preocupação entre os usuários, refletindo a crença de que a medicação é a única solução eficaz para seus problemas de saúde mental. [1]

As entrevistas realizadas com os usuários revelaram que, além de considerarem o CAPS um local seguro e acolhedor, a maioria dos 13 participantes desta pesquisa direcionaram seu foco de tratamento principalmente ao profissional da medicina e à medicação.[30] A percepção de tratamento estava fortemente associada à figura do médico e à medicalização. Surge então uma questão importante: por que os usuários possuem essa percepção? Embora essa pergunta possa gerar uma hipótese interessante para outro estudo, é fundamental destacar essa observação neste trabalho. Seguem algumas falas.

[...] não vejo mais psiquiatra bom como antes[...] (U2)

[...] eu acho que essa parte do tratamento é o médico que tem que ouvir. (U11)

[...] no que eu preciso de uma consulta de medicamento quando falta [...]

O serviço da farmácia é muito bom, eu chego pego a minha medicação que tem, eles nunca me maltratou. (U12)

[...] a médica conversa comigo, pergunta como eu estou[...] (U13)

[...] quem está me acompanhando é dra. [...], ela tem atendido muito bem (U10)

Sabemos que a política central dos CAPS se concentra em reduzir as internações psiquiátricas, promovendo a integração social dos usuários através do apoio de uma equipe multiprofissional. Essa equipe oferece tratamento contínuo, facilitando grupos terapêuticos, psicoterapias em grupo, visitas domiciliares e outros. Temos um exemplo prático de integração social: a criação de uma comissão envolvendo usuários dos CAPS para organizar a comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, no CAPS 2 e CAPS AD de Palmas - TO, essa prática resultou no protagonismo dos usuários, que decidiram junto com os profissionais como o evento seria organizado [31].

No entanto, observa-se que mesmo participando de atividades de integração social, de grupos terapêuticos, como relata a usuária: *"aqui é melhor, consigo pintar, fico concentrada só aqui"(U4)*. Os usuários não percebem que estão envolvidos em uma forma de tratamento alternativa à medicação. Essa falta de percepção pode ser atribuída ao foco direcionado à figura do médico e à medicação. A limitação na percepção das diversas formas de tratamento oferecidas pelo CAPS resulta em um entendimento de que o tratamento só pode ser efetivado pelo médico e pela medicação prescrita, conforme podemos citar Nascimento[32] afirma: "[...] A prática médica foi identificada como a prática científica e os médicos tornaram-se os detentores de um saber [...]. Esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocorrendo uma desqualificação de outros saberes e práticas.

Além disso, a falta de uma comunicação efetiva e contínua entre os profissionais de saúde e os pacientes pode agravar essa situação. A rotatividade dos profissionais no serviço

público de saúde, fortemente vinculada aos contratos temporários contribui para essa problemática[33]. Ademais, a maioria da equipe multiprofissional é composta por residentes, o que intensifica a instabilidade no atendimento. Essa rotatividade e a composição da equipe dificultam a criação de vínculos duradouros e de confiança entre os usuários e os profissionais, comprometendo a continuidade do cuidado e a qualidade dos serviços. Essa rotatividade, prejudica a continuidade do cuidado e a criação de laços de confiança entre os usuários e os profissionais. A percepção dos pacientes é moldada, em grande parte, pelas informações que recebem e pela forma como essas informações são apresentadas. Portanto, se os benefícios das atividades terapêuticas em grupo não forem claramente explicados e reforçados, os pacientes podem não perceber seu valor, segundo afirma Menezes, Pegoraro[34].

> Do ponto de vista dos usuários, a falta de compreensão da importância das atividades grupais em seu tratamento também foi identificada, sendo o grupo visto apenas como mais uma atividade oferecida dentre as várias existentes no CAPS e isso também se estendia à percepção da família.

Em suma, a dependência excessiva da figura do médico e da medicalização também pode limitar o desenvolvimento de uma abordagem mais holística e integrativa, que considera a importância de atividades terapêuticas, apoio psicossocial e a participação ativa dos usuários em seu próprio processo de recuperação.

CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa indicaram que os usuários entrevistados conseguem exercer seu protagonismo, evidenciado na forma como percebem seu tratamento, têm a percepção de que foram “bem tratados”, “ouvidos” e “atendidos” ampliando assim a seu empoderamento e a capacidade de sair da invisibilidade ao expressarem suas necessidades e experiências, implicando em um engajamento para prosseguir na adesão ao seu tratamento. Ao se sentirem bem com tratamento conseguem se perceber como sujeito de direito e têm sua autoestima elevada, mesmo diante de atitudes preconceituosas e de estigmas associados aos transtornos mentais.

Os resultados indicaram ainda que a participação ativa dos usuários exerce um impacto positivo na dinâmica relacional com os profissionais de saúde. Os usuários percebem essa influência na qualidade do atendimento recebido, refletindo uma melhoria na interação e no tratamento dispensado.

Apesar das fragilidades do serviço apontadas pelos usuários, o CAPS II de Palmas/TO se destaca como um espaço onde eles podem se sentir seguros, desenvolver confiança e exercer seu protagonismo. Esse estudo teve como limitações, a presença de dificuldades cognitivas associadas ao transtorno mental, e a ocasional indisponibilidade da sala de entrevista, que era cedida para atendimentos, resultando no adiamento das entrevistas e na saída dos usuários do serviço antes de concedê-las. É importante salientar que a participação dos 13 usuários do CAPS II não é representativa da totalidade da população atendida pela instituição. Esses dados são baseados em uma amostra específica e limitada, e, portanto, não permitem generalizações abrangentes sobre a experiência ou necessidades de todos os usuários do CAPS II.

Os resultados destacam a importância de compreender e permitir que o usuário exerça seu protagonismo e potencialize sua reabilitação, sua adesão ao tratamento e capacidade de tomada de decisão. É fundamental reconhecermos a importância do médico como profissional centralizado na pesquisa, pois os usuários frequentemente atribuem a ele a totalidade do seu tratamento. No entanto, este estudo indica a necessidade de promover mais informações e conscientizar os usuários sobre alternativas de tratamento. A participação em grupos deve ser vista como mais do que um “mero passatempo”, permitindo aos usuários desfrutar de outros serviços oferecidos pela Rede de Atenção Psicossocial.

Dessa forma os usuários, podem enxergar no território outras possibilidades de interação social. Acima de tudo, é crucial enfatizar a importância de tratar os usuários com dignidade e respeito, promovendo sua autonomia e protagonismo[21].

Ademais os resultados deste estudo confirmam as hipóteses iniciais, validando o

pressuposto de que o exercício do protagonismo não só promove maior adesão ao tratamento e empoderamento dos indivíduos, mas também combate a invisibilidade, reduzindo significativamente o estigma e preconceito associados aos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS:

1. Amarante, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

2. Martins RCA. Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho de saúde mental. Rev NUFEN. 2019[citado 20 set 2023];11(2):96-116. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200007&lng=pt&nrm=iso.

3. Brasil. Projeto de Lei Federal Nº 3657, 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória [Internet]. Diário do Congresso Nacional. Seção 1, Brasília, DF, 29 set. 1989. [citado 20 set 2023] https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004.

4. Brasil. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, seção 1; 2001. [citado 21 set 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

5. Brasil. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União, seção 1; 2011. p. 59. [citado 21 set 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 29 dez 2024]. p. 21. . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/6053.html

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) [Internet]. [citado em 2024 dez 21]. Disponível

em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

8. Alves TC, Oliveira WF de, Vasconcelos EM. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. Physis [Internet]. [Citado 25 de set 2023] 2013;23(8):51–71. Disponível : https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100004

9. Camargo S. LIMA BARRETO, O HOSPÍCIO E A LOUCURA COMO LUGAR DE FALA. MOS [Internet]. 22º de dezembro de 2021 [citado 26 de set de 2023];14(2):27-38. Disponível em: https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/8870

10. Flick, U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Penso editora. 2013.

11. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução no 466. [Internet]. Brasília, DF; 2012 [Citado 27 set de 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf

12. Brasil, Ministerio da Sáude. Resolução, Nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016). Diretrizes de pesquisa em ciências humanas e sociais. [Internet]. [citado 10 dez de 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf

13. BARDIN, Lawrence. Análise de conteúdo. Lisboa: edições, v. 70, 1977.

14. Costa DFC da, Paulon SM. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo [Internet]. Saude em Debate. 2012 [citado em 04 dez 2024];36:572-82. Disponível em: https://scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbbvppqPs8LH/?format=pdf&lang=pt

15. Emerich B, et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). Aletheia. 2013;(15):24-38. [citado 06 dez 2024]. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115031073003

16. Pacheco SUC, Rodrigues SR, Benatto MC. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. Mental. 2018;12(16):72-89. [citado em 10 dez 2024]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272018000100006&lng=pt&nrm=iso

17. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura [Internet]. Saúde Soc. 2014 Oct;23(17):1356-69. [citado 15 dez 2024]. Disponível em:

https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019

18. Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Chaves Neto G, Almeida SA, Almeida LR. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2017;21(3):e20160040. [citado em 15 dez de 2024]. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115031073003

19. Almeida MBF, et al. O comportamento de autocuidado e a prevenção em saúde mental. 2019 [citado 16 dez 2024] d. p 23-24. Tese de Doutorado. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215603/PPSM0065-D.pdf?sequence=-1

20. Medrado PLR, Sousa JS, Mucari TB, Amaral LROG. Habilidades sociais de pacientes com dependência alcoólica em um CAPSAD III de Palmas, Tocantins. Revista de Conversações. 2024;17(13):1-18. [citado 16 dez 2024]. Disponível em: https://doi.org/10.55905/revconv.17n.13

21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado 16 jan dez 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

22. Da Silva MIF, Pachú CO. Percepções de adolescentes acerca do uso de drogas e adesão ao tratamento especializado em um CAPS ad ij na Paraíba. Mosaico - Rev Multidiscip Human. 2024;15(22):423-37. [citado 27 de dez de 2024]. Disponível em: https://doi.org/10.21727/rm.v15i2.4420

23. Andrade CG, Costa SFG, Costa ICP, Santos KFO, Brito FM. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar [Internet]. Rev Fund Care Online. 2017 [citado 28 dez 2024];9(23):215-21. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5368

24. De Souza JWR, et al. Tecnologias leves na atenção básica: discurso dos enfermeiros [Internet]. Rev Saúde & Ciência. 2020;9(24):18-28. [citado 28 dez 2024]. Disponível em:DOI: https://doi.org/10.35572/rsc.v9i3.460

25. Pires ACT, Braga TMS. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional [Internet]. Temas em Psicologia. 2009;17(25):151-62. [citado 28 dez 2024]. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751433013.pdf

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [citado 28 dez 2024] 86 p. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/118.pdf

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 29 dez 2024]. 86 p. . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

28. Neves LCM, Lofiego LR, Araújo MEP, Fontenele VS, Silva TMB, Carvalho AB. A atuação do profissional farmacêutico na saúde mental no âmbito do centro de atenção psicossocial [Internet]. Observatório de la Economía Latinoamericana. 2024 [citado 30 dez 2024];22(28):e8124. Disponível em: https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8124

29. Oliveira, MA et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2016, v. 50, suppl 2 [Citado 30 Dez 2024] , 6s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006161>. ISSN 1518-8787. Disponivel em: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006161.

30. Paula ML de, Jorge MSB, Albuquerque RA, Queiroz LM de. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. Saude soc [Internet]. 2014[Jan;23(30):118–30. disponivel: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100009

31. Leal MS. Mostra de Experiências da RAPS: Nós na Rede. Abraça SUS: Percurso formativo de uma residente em Saúde Mental. Ministério da Saúde, FIOCRUZ; 2024. No prelo.

32. Nascimento MVN do, Oliveira IF de. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estud psicol (Natal) [Internet]. 2016[citado 02 jan 2025] Jul;21(32):272–81. Disponivel: https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160026

33. Bettega Braunert M, da Silva Bernardo KA, da Cruz Bridi MA. Impactos da reforma administrativa sobre as formas de contratação e a estabilidade no setor público. CGPC [Internet]. 26º de maio de 2021 [citado 3 de jan de 2025];26(33). Disponível em: https://periodicos.fgv.br/cgpc/article/view/83056.

34. Menezes GP, Pegoraro RF. Panorama das Atividades Grupais Desenvolvidas em Centros de Atenção Psicossocial (2006–2016) [Internet]. [citado 04 jan 2025].Psicol Ciênc Prof. 2019;34:e189050. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-3703003189050.

35. 1. Braga CP, d'Oliveira AFPL. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019Feb;24(2):401–10. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016

TENTATIVA DE SUICÍDIO: uma análise da conduta procedimental no atendimento de casos realizados pela equipe multiprofissional do CAPS II em Palmas/TO

SUICIDE ATTEMPT: *an analysis of the procedural conduct in case management carried out by the multidisciplinary team of CAPS II in Palmas/TO*

Rita de Cássia Strapasson[1]

Muriel Corrêa Neves Rodrigues[2]

Resumo: O atendimento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II possui, dentre suas demandas, o atendimento aos casos de tentativas e/ou planejamento de suicídio. Destaca-se a importância de estratégias de prevenção ao suicídio, manejo e acompanhamento adequado, bem como o acesso aos serviços em saúde mental no munícipio de Palmas/Tocantins. Para tanto, o presente estudo tem como objetivo analisar como ocorre o atendimento destes pacientes no Centro Atenção Psicossocial. E para isso, foi realizado um estudo básico, descritivo e de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os profissionais da equipe multiprofissional que atuam no serviço. Os resultados mostram esforços para oferecer uma escuta qualificada. Também evidenciou-se desafios técnicos e formativos indicando a necessidade de capacitações contínuas.
Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Saúde Mental; Acolhimento; Centro de Atenção Psicossocial.

Abstract: The care provided at the Psychosocial Care Center (CAPS II) includes, among its demands, the treatment of cases of suicide attempts and/or suicide planning. The importance of suicide prevention strategies, management, and appropriate follow-up is highlighted, as well as access to mental health services in the municipality of Palmas/Tocantins. Therefore, this study aims to analyze how the care of these patients is provided at the Psychosocial Care Center. To achieve this, a basic, descriptive study with a qualitative approach was conducted. Data were collected through interviews with the multidisciplinary team members working in the service. The results show efforts to offer qualified listening. Technical and training challenges were also highlighted, indicating the need for continuous training.
Keywords: Suicide Attempt; Mental Health; Reception; Psychosocial Care Center.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é caracterizado por um conjunto de ações fatais ou até mesmo não fatais que interdependem de uma sequência executiva. Trata-se de uma manifestação autodestrutiva do indivíduo em que o propósito e/ou produto não seria impreterivelmente a concretização do suicídio (Botega, 2015). De acordo com Botega (2015), o suicídio já foi mais aceito socialmente em determinados períodos históricos, como na Idade Média. No entanto, atualmente, essa prática é fortemente estigmatizada.

Contextualizando sobre a prática do suicídio, faz-se importante trazer alguns conceitos sobre a temática. Caldeira (2015) argumenta que a ideação suicida envolve

[1] Enfermeira, residente no Programa Multiprofissional de Saúde Mental
[2] Psicóloga, tutora no Programa Multiprofissional de Saúde Mental, Palmas/TO. E-mail: muriel.rodrigues@gmail.com

pensamentos sobre tirar a própria vida ou estar morto/a, considerado um fator importante para intervenções, quanto mais frequente e mais detalhado, maior o risco do ato em si acontecer. A tentativa de suicídio, diz respeito a qualquer conduta suicida não fatal ou dano provocado em si mesmo intencionalmente, enquanto o suicídio é reconhecido como o ato de matar a si mesmo (Brasil, 2014).

O indivíduo pode manifestar comportamentos autos lesivos com intenção de morrer, podendo ser uma tentativa de suicídio planejada ou impulsiva, por isso é necessário atentar ao risco imediato de suicídio e em como a letalidade aumenta se as tentativas forem sucessivas, nesse caso o indivíduo pode aumentar esse grau a cada tentativa (Vidal; Gontijo; Lima, 2013). O planejamento do ato confere gravidade maior à ideação suicida, os são detalhados com intencionalidade explícita e escolha de método, podendo haver definição de data, conferindo ao ato um caráter de comunicação interpessoal (CRP/DF, 2020). No presente estudo, demonstramos ênfase ao planejamento e à tentativa suicida.

De acordo com a estimativa da Pan American Health Organization (Organização Pan Americana de Saúde, em português), ocorreram 97.339 suicídios na Região das Américas em 2019, o que representa uma taxa de mortalidade de 9,0 por 100.000 habitantes, com maior predomínio na América do Norte, onde ocorreram 14,1 suicídios por 100.000 habitantes (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos no âmbito global, sendo essa a quarta principal causa de óbito entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, significando um aumento de 43% no número anual de mortes durante esse período (Brasil, 2021). Entre os dados constata-se que homens apresentam maior risco de morte por suicídio, enquanto mulheres têm maior prevalência de ideação e tentativas de suicídio (Brasil, 2023).

No Tocantins, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o total de casos de suicídio entre janeiro e agosto de 2023 é de 92 casos registrados, tendo oito casos a mais que o mesmo período do ano passado, contabilizando 84 casos. Em 2022, contabilizou-se 149 mortes tendo como causa o suicídio. A faixa etária que possui maior número de casos no Tocantins deste ano é a de pessoas com idade

entre 30 e 39 anos, com 22 mortes (Santos, 2023).

Em Palmas/TO, conforme o Boletim epidemiológico de 2021, foram registrados 28 óbitos por suicídio (Palmas, 2021). De acordo com os dados do Boletim de Palmas, em 2022, entre janeiro e agosto, foram notificados 264 casos de violência autoprovocada (tentativa de suicídio ou automutilação) de residentes de Palmas/TO. Dentre esses, o perfil predominante se refere a mulheres adultas, sendo o principal meio de agressão o envenenamento (Palmas, 2021). A faixa etária que predomina é a de jovens adultos, somando 166 casos, dos quais 113 correspondem ao sexo feminino. Quanto à raça/cor, o maior número de notificações é de pessoas pardas, sendo este dado autodeclarado. Os meios de agressão utilizados foram: enforcamento (11), ingestão de substâncias nocivas (2) e por impacto por veículo automotor. Apesar de a intoxicação exógena ser o principal meio das tentativas de suicídio, o enforcamento foi a principal causa de óbito (Palmas, 2022).

Em 2022, segundo o boletim epidemiológico de Palmas, foram notificados 600 casos de violencia autoprovocada, sendo a maioria do sexo feminino entre 25 e 59 anos. Marques *et al.* (2023) em um estudo epidemiológico descritivo sobre violência autoprovocada no município de Palmas, Tocantins, trouxe dados sobre o crescimento de ocorrências no gênero feminino que foi de 40,57 casos por 100 mil habitantes em 2009 para 225,6 em 2019, sendo quatro vezes maior que as ocorrências no gênero masculino. O local em que 89,81% dos casos ocorreram foram na residência. Em relação a repetição de casos observou-se predomínio no gênero feminino, com 40,13% dos casos. No que se refere ao tipo de violência houve maior predomínio no gênero masculino das provocadas por arma de fogo (93,75%) e no feminino o envenenamento (76,50%).

Estima-se que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde, tornando os dados sobre o comportamento suicida bastante incipientes. Uma tentativa anterior aumenta o risco de concretização do suicídio cerca de cem vezes em relação a quem nunca tentou; este é o principal fator de risco para a efetivação do intento, o que torna um alerta fundamental para a existência de fenômenos psicossociais complexos.

Além disso, os transtornos mentais mais comumente associados ao

comportamento suicida são: depressão, transtorno de humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, esquizofrenia e certos transtornos de personalidade. A concomitância destas condições agrava a situação de risco (Botega, 2014). Esses dados trazem uma preocupação e destacam a importância de estratégias da prevenção ao suicídio, de manejo e acompanhamento adequado e o acesso aos serviços de saúde mental. Promover a conscientização da importância do acompanhamento, da identificação precoce dos sinais de alerta e do fornecimento de apoio adequado são fundamentais para reduzir o impacto do suicídio na sociedade, já que hoje contamos com ações pontuais planejadas pelo Ministério da Saúde (MS).

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e sustentou-se nas experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial (Brasil, 2013). Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2013).

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990 reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da Saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que reafirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e reorienta o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2013).

Através da implementação do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, novos serviços foram surgindo com o objetivo de transformar o sistema de tratamento clínico na área de saúde mental. Iniciativa que foi estabelecida pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, esta introduziu a “Rede de Atenção

Psicossocial" (RAPS). O propósito fundamental da rede é promover a criação, expansão e interligação dos pontos de atenção básica em saúde, conforme definido pelo documento oficial (Brasil, 2011a).

Nesse contexto, destaca-se a presença dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais se subdividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, e CAPS AD III e IV. Esses centros oferecem atendimento clínico diário, com a presença de médicos psiquiatras e uma abordagem multidisciplinar. Os CAPS desenvolvem diversas atividades, individuais e coletivas, visando à reinserção social do usuário (Brasil, 2011a). Salutar para a realização desta pesquisa é a atuação do CAPS II, especificamente, pois tem como prioridade atender indivíduos que enfrentam sofrimento psíquico intenso decorrente de transtornos mentais.

Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo analisar a conduta procedimental nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional aos usuários do CAPS II de Palmas/TO, após o planejamento e/ou tentativa de suicídio. Bem como conhecer o fluxo do acolhimento dos usuários encaminhados após tentativa de suicídio; compreender a percepção da equipe multiprofissional e quais as possíveis dificuldades no acolhimento; avaliar as intervenções de curto prazo realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS II após uma tentativa de suicídio; e analisar a continuidade do acompanhamento e suporte oferecido pela equipe multiprofissional do CAPS II aos indivíduos que tentaram suicídio.

A pesquisa foi realizada com justificativas tanto sociais quanto acadêmicas. No âmbito social, destacou-se a necessidade de aprimorar o acompanhamento dos usuários do CAPS II após tentativa ou planejamento suicida. Após a alta hospitalar, esses usuários eram orientados a procurar o CAPS II para a continuidade do tratamento em saúde mental. Muitos chegam ao serviço trazendo o resumo de alta ou encaminhamento da atenção básica e, em seguida, são direcionados para o acolhimento inicial, no qual o profissional escalado para o dia realiza a escuta, discutindo o caso com a equipe multiprofissional sobre a sua admissão.

No aspecto acadêmico, a relevância reside na compreensão desse fenômeno e na contribuição para o ordenamento do cuidado ofertado pelo CAPS II. A pesquisa busca sensibilizar, capacitar e ampliar a compreensão dos profissionais e acadêmicos

que atuam nos centros de atenção psicossocial, especialmente no atendimento aos usuários após tentativa ou planejamento de suicídio.

MÉTODO

O estudo caracterizou-se como de natureza qualitativa, de objetivo metodológico descritivo, realizado no CAPS II de Palmas/TO. A coleta de dados foi realizada após a aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisas e Inovação (CAPPI) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para inclusão na pesquisa os critérios estabelecidos foram que os profissionais que atuavam no local fossem efetivos ou comissionados, bem como residentes com mais de 30 dias de atuação no serviço e que realizavam acolhimento inicial. Além disso, foi necessário que os participantes manifestassem interesse em integrar a pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os profissionais que estavam em processo de familiarização com a rotina, estavam de férias e/ou licença médica no período da coleta de dados, ou que não aceitaram participar da pesquisa.

O tamanho da amostra foi determinado por meio do método de saturação, o qual, conforme Fontanella, Ricas e Taruto (2008), envolve o encerramento amostral pela suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados coletados começam a mostrar repetição de informações. Para Minayo (2017) a construção da pesquisa precisa envolver uma série de decisões não só sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições desta seleção. Contudo, não foi possível atingir o quantitativo esperado devido à própria característica do serviço citando a alta rotatividade de servidores, recusas, além da diminuição das contratações no período que foi realizada a coleta reduzindo muito o número esperado de entrevistados. Portanto, participaram da pesquisa enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos totalizando 06 entrevistados dos 11 que realizam o atendimento inicial.

Assim, priorizou-se a profundidade da análise das entrevistas realizadas, alinhando-se à perspectiva de Minayo (2009), onde destaca que mesmo com amostras reduzidas é possível obter dados significativos e relevantes para a compreensão

qualitativa do fenômeno, priorizando a qualidade das ações e interações ao longo de todo o processo (Minayo, 2017).

Como ferramenta de coleta de dados, foi elaborado um roteiro para a condução de entrevistas semiestruturadas conforme explicado por Gomes, Oliveira e Alcará (2016). As informações foram obtidas por meio de um diálogo entre a pesquisadora e o/a entrevistado/a, seguindo um roteiro com seis perguntas antecipadamente elaboradas pela pesquisadora. O roteiro direcionou as entrevistas, mas não houve necessidade de rigidez aos questionamentos estabelecidos, na oportunidade a abordagem semiestruturada permitiu flexibilidade para explorar questões que surgiram durante a conversação. As perguntas eram abertas e relacionadas ao tema, visando captar a percepção dos profissionais sobre o serviço e seu conhecimento na área de atuação.

Complementarmente, foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um gravador de voz, com o consentimento dos participantes, para auxiliar na análise dos dados coletados.

A coleta de dados se dividiu em duas etapas: a primeira foi entrar em contato com os profissionais do serviço que se enquadraram nos critérios de inclusão para participar da pesquisa. Nesse contato, foram explicados os objetivos do estudo, sigilo quanto à identidade e sanar possíveis dúvidas. Aqueles que aceitaram foi agendada uma data e horário de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e do fluxo do serviço. A segunda etapa foi a entrevista propriamente dita, sendo apresentado o TCLE e assinado em duas vias, a mesma foi realizada em ambiente sigiloso com duração média de 20 minutos e não houveram interrupções durante o procedimento.

Após a coleta de dados, a pesquisadora foi responsável por baixar as informações coletadas em um dispositivo eletrônico local e excluir os registros de todas as plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou "nuvem". O/A entrevistado/a não foi identificado/a pelo nome ou pela categoria profissional, sendo codificado/a em letra e números (P1 a P6) para manter o sigilo do/a participante, conforme o Art. 16 da Lei do Sigilo (Brasil, 2011b), que estabelece: os dados pessoais serão eliminados após o término de seu tratamento, no âmbito e nos limites técnicos das atividades e respeitando à privacidade do participante da pesquisa e às regras de confidencialidade

de seus dados, garantida a preservação do sigilo sobre sua identidade (Brasil, 2024, p.01).

Segundo o Art. 13, na realização de estudos em saúde pública, os órgãos de pesquisa poderão ter acesso a bases de dados pessoais, que serão tratados exclusivamente dentro do órgão e estritamente para a finalidade de realização de estudos e pesquisas e mantidos em ambiente controlado e seguro, conforme práticas de segurança previstas em regulamento específico e que incluam, sempre que possível, a anonimização ou pseudonimização dos dados, bem como considerem os devidos padrões éticos relacionados a estudos e pesquisas (Brasil, 2011b). Para Sampaio e Rodrigues (2014), o sigilo profissional se refere ao respeito e à preservação dos dados adquiridos em relação ao exercício profissional e de tudo o que foi dito de forma privativa, ou que está manifestado de acordo com o estatuto profissional.

Os dados obtidos durante a entrevista foram transcritos e, em seguida, submetidos ao tratamento utilizando a Análise de Conteúdo, conforme teorizado por Bardin (2011). Esse método orientou um procedimento sistemático dividido em três etapas para classificar o conteúdo em categorias, levando em consideração a abordagem temática. A primeira etapa, chamada de pré-análise, envolveu a organização do material a ser analisado, a sistematização de ideias preliminares e a reformulação de hipóteses, baseando-se em uma leitura flutuante das informações. Na etapa seguinte, durante a exploração do material, os dados foram desmembrados, agrupados com base na repetição de palavras e/ou termos e categorizados em unidades temáticas comuns (Sousa; Santos, 2020).

Para o tratamento final dos dados, inferência e interpretação, buscou-se atribuir significado ao conteúdo das informações por meio de uma análise crítica e reflexiva fundamentada em um referencial teórico de base científica e fontes confiáveis (Fossá, 2003). Nesse contexto, foram utilizados como referenciais teóricos autores que abordam temas relacionados à saúde mental, à luta antimanicomial e à psicologia da saúde, alinhando-se assim à Política de Saúde Mental.

Os registros seguiram as condições do código de ética profissional, respeitando o sigilo e a não identificação dos participantes. Todos foram orientados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da participação na pesquisa.

O projeto foi encaminhado à Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa (CAPP) da FESP para apreciação e, após aprovação, cadastrado na Plataforma Brasil para análise do CEP, conforme a Resolução CNS nº 466/12. O resultado do estudo será apresentado à equipe, aos usuários e disponibilizado no repositório institucional da FESP.

Os riscos envolvidos na pesquisa foram relacionados à possibilidade de desconforto durante a entrevista devido a perguntas direcionadas. Para minimizar esses riscos, foi mantido o sigilo em relação às respostas de cada participante, garantindo a confidencialidade e restringindo-se à finalidade da pesquisa. Além disso, para reduzir os riscos de cansaço, descontentamento e quebra do anonimato, foi assegurado aos participantes um ambiente seguro e privativo, onde as entrevistas puderam ser realizadas sem interrupções. Também foi esclarecido aos participantes sobre o sigilo e anonimato das informações e que poderiam interromper a entrevista a qualquer momento, sem danos ou prejuízos à pesquisa ou a si mesmos/as. A Resolução 466/12, em seu inciso II, definiu o risco da pesquisa como a possibilidade de danos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Como benefício, a pesquisa buscou favorecer o aprimoramento do atendimento aos usuários do SUS encaminhados ao CAPS II após planejamento e/ou tentativa de suicídio, assegurando agendamento prioritário e diferenciado, além de qualificar o/a profissional para que este conhecesse e respeitasse o fluxo estabelecido.

Destaca-se que a aprovação da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisas e Inovação (CAPPI) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), teve o parecer de número 7.092.125.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado em saúde mental exige uma abordagem multidisciplinar, especialmente em contextos sensíveis como o manejo de situações relacionadas ao planejamento e/ou tentativa de suicídio. Portanto, esta pesquisa se propôs a analisar a

conduta procedimental da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Palmas/TO, considerando o acolhimento, as intervenções e o acompanhamento oferecido aos usuários após situações de crise. Para tanto, foram entrevistados seis profissionais que compõem a equipe do serviço, incluindo enfermeiros, assistente social e psicólogos. Esses dados possibilitam uma visão sobre os fluxos, desafios e estratégias adotadas no cuidado aos usuários em momentos de alta vulnerabilidade. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multiprofissional do CAPS II de Palmas/TO.

Como resultado desse processo, foram selecionadas três categorias: 1) Fluxo do Acolhimento, 2) Percepção da equipe multiprofissional e 3) Intervenções da equipe multiprofissional e acompanhamento.

Fluxo do Acolhimento

O fluxo do acolhimento no CAPS emerge como um elemento essencial na organização do cuidado em saúde mental, sobretudo em casos de crise suicida. As falas dos profissionais evidenciam avanços e limitações no processo de acolhimento, que merecem análise à luz da literatura.

Uma das falas destacadas reflete a tentativa de estruturar um fluxo diferenciado para o atendimento de pacientes em situação de crise: *"Eu geralmente tento escutar o máximo quando a pessoa quiser falar, e tentar organizar um plano para que ela melhore. Agora aqui a gente tem toda segunda-feira à tarde para atender pessoas assim"* (P1). Essa prática demonstra um esforço em implementar um acolhimento organizado e ágil, com base na escuta qualificada e no atendimento prioritário. Tal abordagem está alinhada à proposta de Merhy (2013), que enfatiza a escuta ativa, o vínculo e a classificação de risco como pilares do acolhimento humanizado e eficiente. Além disso, Merhy (2013) destaca ainda que a escuta ativa é uma estratégia fundamental para a humanização da assistência em saúde, promovendo uma relação de confiança entre profissional e paciente e contribuindo para um cuidado integral e humanizado.

No trecho seguinte *"...o acolhimento praticamente é igual ao de todo mundo, não muda por causa de tentativa de suicídio ou não..."* (P2) e *"...no momento do acolhimento a gente vem e segue o acolhimento normalmente..."* (P3), podemos evidenciar que atualmente não há um fluxo pré-estabelecido para a demanda específica, inserindo o usuário no mesmo contexto de pacientes já acompanhados no serviço, o que pode comprometer a eficácia do atendimento inicial, ressaltando a necessidade da implementação de protocolos e rotinas nesses casos (Silva; Pegoraro, 2023).

Por outro lado, uma crítica frequente aponta para a necessidade de maior celeridade no atendimento inicial em casos graves, como expresso por P3: *"O atendimento deveria ser mais ágil no acolhimento inicial para crises graves.*" Essa percepção destaca uma lacuna estrutural que compromete a capacidade de resposta às urgências, ficando evidente a fragmentação do cuidado e a insuficiência de fluxos integrados como barreiras recorrentes nos serviços de saúde mental (Martins; Souza, 2020).

Outro aspecto relevante é a continuidade do cuidado, evidenciada na fala: *"O acolhimento aqui é muito bom, mas poderia ser mais contínuo"* (P5). Apesar do reconhecimento da qualidade no atendimento inicial, a ausência de um acompanhamento estruturado pós-acolhimento ainda representa uma fragilidade. Esse ponto é reforçado por Amarante (2007), que destaca a necessidade de fluxos consistentes e articulados para evitar que o acolhimento seja apenas um evento isolado, comprometendo a adesão do paciente ao tratamento.

A análise comparativa entre os achados empíricos e a literatura permite identificar tanto avanços quanto desafios no fluxo de acolhimento. As práticas que priorizam a escuta qualificada e a criação de agendas específicas representam passos importantes rumo à humanização do cuidado. Contudo, a lentidão no atendimento inicial e a descontinuidade no acompanhamento indicam a necessidade de aprimorar a infraestrutura e os processos internos do serviço.

Para superar essas lacunas, observa-se a necessidade de capacitação continuada da equipe, focando na escuta ativa, classificação de risco e manejo de crises, além da implementação de uma triagem eficiente para priorizar os casos mais

graves. Essas ações, associadas à ampliação dos recursos disponíveis, podem garantir um acolhimento mais ágil, humanizado e resolutivo, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2015).

Percepção da Equipe Multiprofissional

A percepção da equipe multiprofissional no atendimento a pessoas em situação de risco ou pós-tentativa de suicídio é crucial para compreender a dinâmica do acolhimento e as intervenções realizadas no contexto do CAPS. De acordo com os relatos extraídos das entrevistas analisadas, a equipe enfrenta desafios relacionados à falta de preparo técnico e emocional, além de barreiras institucionais que impactam diretamente a qualidade do atendimento prestado.

Um exemplo disso é a fala de um profissional que aponta: *"A maioria dos profissionais não tem um preparo adequado para receber essa pessoa, não estão preparados para o que vão ouvir, [...] às vezes ela não recebe porque não tem esse preparo e nem esse interesse em se preparar."* (P1).

Essa compreensão demonstra a necessidade de capacitação contínua para que os profissionais desenvolvam competências técnicas e emocionais no manejo de situações graves. Conforme Merhy (2013), o cuidado em saúde mental exige uma micropolítica do trabalho em saúde que integre diferentes saberes e práticas, de forma a acolher e escutar o outro com qualidade e empatia.

Outro aspecto relevante identificado é a percepção da importância da escuta qualificada como ferramenta terapêutica. Um participante enfatizou: *"A forma como a gente atende pode interferir positivamente ou negativamente na adesão dele e na continuidade do tratamento" (P1).* Essa fala corrobora com Amarante (2007), que destaca a escuta como um elemento central na prática da atenção psicossocial, pois permite ao profissional compreender as especificidades do sofrimento psíquico e construir um plano de cuidado integrado.

No entanto, as falas também revelam sentimentos de sobrecarga e desmotivação por parte da equipe multiprofissional: "*A formação para a equipe é precária [...] e isso dificulta muito a atuação, principalmente em casos graves*" (P4).

Esse dado aponta para a necessidade de investimentos em formação continuada e a implementação de espaços de educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde. Tais espaços são fundamentais para fortalecer a atuação da equipe multiprofissional e garantir intervenções mais qualificadas (Brasil, 2015).

Adicionalmente, as dificuldades relacionadas ao suporte emocional da equipe também são mencionadas: "*Às vezes, a gente não tem com quem dividir, e isso afeta o nosso trabalho*" (P3). Essa percepção é reforçada por estudos que destacam a importância do apoio institucional para a saúde mental dos profissionais, considerando que lidam frequentemente com situações de alta complexidade emocional (Mercom; Constantinidis, 2020).

Assim, é evidente que a percepção da equipe multiprofissional reflete uma realidade marcada por desafios estruturais, mas também por um comprometimento em oferecer cuidado de qualidade, mesmo diante das limitações. Investir em formação, espaços de apoio emocional e reestruturação do trabalho em equipe são caminhos fundamentais para aprimorar as práticas nos serviços de saúde mental.

Intervenções da Equipe Multiprofissional e Acompanhamento.

As intervenções da equipe multiprofissional e o acompanhamento das pessoas em situação de risco ou pós-tentativa de suicídio no CAPS II são estratégias fundamentais para a efetividade do cuidado. A análise das falas neste estudo evidencia ações voltadas tanto para a escuta qualificada quanto para o desenvolvimento de estratégias de cuidado contínuo e personalizado.

Um exemplo dessa prática foi relatado: *"Eu geralmente tento escutar o máximo quando a pessoa quiser falar, e tentar organizar um plano pra que ela melhore" (P1).*

Esse relato reforça a centralidade da escuta como ponto inicial das intervenções, corroborando com o que Amarante (2007) define como o cuidado em saúde mental que valoriza a singularidade do sujeito. A escuta ativa permite identificar demandas específicas e construir planos terapêuticos que englobam aspectos clínicos, psicossociais e relacionais.

Além disso, a organização de um fluxo de atendimento rápido para pessoas em

situação de risco foi mencionada: *"A gente conseguiu abrir uma agenda específica para esses casos, porque entendemos que a pessoa nessa condição precisa de um atendimento rápido" (P1).* Essa estratégia reflete uma abordagem eficiente de manejo de crises, alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que preconiza a integralidade e a celeridade no atendimento em situações de urgência (Brasil, 2001). A implementação de agendas específicas demonstra uma busca da equipe em atender de forma prioritária as demandas mais críticas.

Outro ponto relevante é a inclusão de práticas como a supervisão medicamentosa e a orientação familiar, como apontado em uma fala: *"A gente orienta sobre medicação e supervisão da dose para evitar novas tentativas, e também tenta envolver a família nesse processo." (P2).* O envolvimento da família é uma das principais estratégias para o fortalecimento da rede de suporte ao paciente. Essa prática contribui para prevenir recaídas e criar um ambiente mais seguro e acolhedor fora do CAPS (Figueiredo *et al*., 2015).

Contudo, as falas também destacam limitações nas intervenções, especialmente relacionadas à falta de recursos para ampliar o acompanhamento psicossocial: *"A demanda por psicoterapia é muito maior do que o que oferecemos" (P6).* Essa realidade é um reflexo das fragilidades institucionais que comprometem a ampliação do cuidado integral, conforme apontado por Merhy (2013), ao discutir a insuficiência de recursos na saúde pública. Investir em uma maior oferta de psicoterapia e em atividades grupais é essencial para complementar o trabalho da equipe multiprofissional.

Por fim, a percepção da equipe sobre o impacto de suas intervenções fica clara, quando um dos profissionais menciona: *"O que a gente faz aqui tem impacto direto, seja pra melhorar ou pra piorar o que o paciente sente." (P1).* Esse apontamento destaca a relevância da prática reflexiva no trabalho da equipe multiprofissional, como descrito por Schraiber *et al.* (1999), que enfatiza a importância de profissionais conscientes de sua influência no processo terapêutico. Esse conceito também é abordado por Campos, Bezerra e Jorge (2020), que discutem como a prática reflexiva das equipes de saúde mental impacta diretamente o processo de cuidado e a percepção dos profissionais.

Assim, as intervenções da equipe multiprofissional e o acompanhamento se configuram como pilares para o cuidado em saúde mental, mas demandam contínuo investimento em capacitação, recursos e suporte institucional para ampliar sua eficácia e abrangência, principalmente no que se refere a tentativa de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou as percepções e práticas de equipes multiprofissionais no atendimento a pessoas em crise suicida, com foco no acolhimento, intervenções realizadas e acompanhamento contínuo. Os resultados evidenciam que, embora existam esforços para promover escuta qualificada e humanizada, lacunas como falta de recursos e estrutura impactam a agilidade e a qualidade do atendimento inicial, elemento crucial para reduzir riscos de novas tentativas de suicídio (Merhy, 2013; Minayo, 2014).

A percepção dos profissionais revelou desafios relacionados à formação e preparo técnico, destacando a necessidade de capacitações contínuas para fortalecer a abordagem interdisciplinar. Apesar disso, intervenções como psicoterapia, medicação supervisionada e o fortalecimento de redes de apoio têm demonstrado impacto positivo na adesão e continuidade do tratamento, ainda que o acesso a esses recursos permaneça desigual (Amarante, 2007; Brasil, 2001).

Conclui-se que o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental é essencial para superar as limitações identificadas, garantindo um atendimento mais equitativo e eficaz às pessoas em sofrimento psíquico.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** SP: Edições 70, 2011.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida:** avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

_____. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89784. Acesso em: 21 out. 2023.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Diário Oficial da União, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 336, de 19 de fev. 2002.** Estabelecer os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília – DF. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 23 set 2023.

_____. 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.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (2011a). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 out. 2023.

_____. **LEI Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. (2011b). Dispnível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 21 out. 2023.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. (2012). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental. **Caderno de Atenção Básica,** n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.276 (6 de junho).** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Brasil. (2014). Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 10 de Set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (Volume 5).** Brasília: Ministério da Saúde, [2015]. Disponível em: < https ://bvsms .saude .gov .br /bvs /publicacoes /saude_mental_volume _

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hepatites agudas graves de etiologia a esclarecer em crianças e adolescentes. **Boletim Epidemiológico,** vol. 53, nº 37, set. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico vol-53-no37/view. Acesso em: 21 out. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados** - 12, ano 10, nº 12, outubro de 2015. Disponível em: https://goo.gl/ULv73a. Acesso em: 21 out. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização. **Rede Humaniza SUS:** o SUS que dá certo. Brasília/DF, 2017. Disponível em: https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/. Acesso em: 5 out. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 33, set, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).** (s/d). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps. Acesso em: 21 out. 2023.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE - CONASS. **Setembro Amarelo:** Sesapi orienta sobre como procurar ajuda. (2023). Disponível em:

https://www.conass.org.br/setembro-amarelo-sesapi-orienta-sobre-como-procurar ajuda/. Acesso em: 21 out. 2023.

_____. **Portaria Nº 836/SEMUS/GAB, de 30 de agosto de 2023.** Designa Comissão Técnica responsável pela implantação e implementação da Política de Saúde Mental, na Rede Municipal de Saúde de Palmas-TO. Disponível em: http://diariooficial.palmas.to.gov.br/media/diario/3305-18-9-2023-21-43-2.pdf. Acesso em: 10 set. de 2023. Acesso em 03 jan. 2024.

_____.**Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024.** Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 maio 2024. Disponível em: https://www.in.gov.br. Acesso em: 21 jan. 2025.

CALDEIRA, P. I. B. **Tentativa de suicídio e ideação suicida na adolescência:** uma amostra clínica. 78f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, 2015.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C. JORGE, M. S. B. **Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 1, p. e0023167, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação.** Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF - Brasília: CRP, 2020. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf.

FERNANDES, D. A. A. FERREIRA, N. S.; CASTRO, J. G. D. Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas/Tocantins, de 2010 a 2014. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva,** v. 10, nº 4, 2016.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. É **possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, p. 1711-1719, 2015.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 17-27, jan, 2008.

FOSSÁ, M. I. T. **Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias.** Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. C.; OLIVEIRA, A. A.; ALCARÁ, A. R. Entrevista: um relato de aplicação da técnica. **VI SECIN (Seminário em Ciência da Informação),** Londrina, 2016. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/cinf/index.php/secin2016/secin2016/paper/view/359/175. Acesso em: 22 nov. 2023.

MARTINS, Maria da Silva; SOUZA, João Pedro. **A importância da saúde mental na formação de profissionais de saúde**. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 3, p. 123-135, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xtrmNnsmHMJJTN3FXdfjCzw/?lang=pt. Acesso em: 22 jan. 2025.

MEHRY, E. E. (2013). **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores**. In E. E. Mehry e T. B. Franco (Orgs.), Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos (pp. 213-225). São Paulo: Hucitec

MERCOM, Luciana Nascimento; CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. **Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa.** Contextos Clínic, São Leopoldo , v. 13, n. 2, p. 666-695, ago. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jan. 2025. https://doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82. Acesso em: 21 jan. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, CA; MENDONÇA, AS; SANTOS, ALS; OLIVEIRA, LM; SILVA, RN **A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde.** *Saúde e Desenvolvimento Humano* , v. 2, pág. 28-36, 2018. Disponível em: http ://dx .doi .org /10.18316 /sdh .v6i2.4732 . Acesso em: 22 jan. 2025.

ONOCKO-CAMPOS, Regina Teresa. **Práticas e narrativas na atenção psicossocial: uma abordagem micropolítica.** São Paulo: Hucitec, 2009.

PALMAS. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Cenário das violências em Palmas-TO: os principais dados do ano de 2021.** (2021). Disponível em: https://www.palmas.to.gov.br/media/orgao/documentos/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico_das_Viol%C3%AAncias_em_Palmas_-_TO_2021.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Suicide mortality in the region of the Americas:** regional report 2015-2019. (2021). Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55297. Acesso em: 21 out. 2023.

PITTA, Ana Maria G. **Reforma Psiquiátrica e Clínica da Desinstitucionalização.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1996

SAMPAIO, Simone Sobral; RODRIGUES, Filipe Wingeter. Ética e sigilo profissional. **Serviço Social & Sociedade**, n. 117, p. 84-93, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/3cBSk3BSWnWgzXYPzPL8j3r/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 out. 2023.

SANTOS, Ananda. SES-TO reforça a campanha do setembro amarelo com a campanha “Se precisar, peça ajuda”. **Secretaria de Comunicação, Governo do Tocantins.** (2023). Disponível em: https://www.to.gov.br/secom/noticias/ses-to-reforca-a-campanha-setembro-amarelo-com-o-tema-se-precisar-peca-ajuda/4cjrvlev6cu0. Acesso em 30 mar. 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; COSTA, Heloísa Maria da. **Trabalho em saúde: fundamentos, perspectivas e desafios.** São Paulo: Hucitec, 1999.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, D. R.; PEGORARO, R. F. **Estratégias de cuidado a pessoas que tentaram suicídio segundo a literatura.** Psicologia Revista, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 36–55, 2023. DOI: 10.23925/2594-3871.2023v32i1p36-55. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/52439. Acesso em: 22 jan. 2025.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. C.M. Análise de Conteúdo em Pesquisa Qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação,** Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396 - 1416, jul/dez, 2020.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

YASUI, Silvio. **A construção do campo da saúde mental e a reforma psiquiátrica no Brasil.** In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Loucos pela Vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GRUPO ATIVAMENTE: UMA EXPERIÊNCIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS 2 II DE PALMAS - TO
GROUP ACTIVELY: AN EXPERIENCE AT THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER CAPS 2 II DE PALMAS - TO

Resumo: Este relato descreve a implementação de uma oficina terapêutica no CAPS 2, voltada a usuários com sofrimento psíquico, com o objetivo de promover o bem-estar físico, emocional e social. A oficina terapêutica busca incentivar um estilo de vida ativo, e suprimir autonomia dos participantes e favorecer a socialização, integrando saúde física e mental, por meio de uma abordagem interdisciplinar. Realizada semanalmente, a oficina foi conduzida por uma profissional do CAPS, com apoio de duas residentes em saúde mental, oferecendo dinâmicas recreativas, atividades físicas, autocuidado e orientações sobre os serviços do CAPS. A prática de atividade física teve impacto positivo na saúde mental, melhora da ansiedade e suprimir o engajamento no tratamento. Além disso, promoveu interações sociais significativas, combatendo o isolamento. A experiência evidenciou a eficácia de estratégias terapêuticas personalizadas, com potencial de replicação em outros contextos, destacando a importância de ações planejadas para gerar mudanças positivas na vida dos usuários.
Palavras-chave: Saúde Mental. Grupos Terapêuticos. Benefícios.

Abstract: This report describes the implementation of a therapeutic workshop at CAPS 2, aimed at users experiencing psychological distress, with the goal of promoting physical, emotional, and social well-being. The workshop seeks to encourage an active lifestyle, enhance participants' autonomy, and foster socialization, integrating physical and mental health through an interdisciplinary approach. Held weekly, the workshop was led by a CAPS professional with support from two mental health residents, offering recreational activities, physical exercises, self-care practices, and guidance on CAPS services. Physical activity had a positive impact on mental health, reducing anxiety and increasing treatment engagement. Furthermore, it promoted meaningful social interactions, combating isolation. The experience highlighted the effectiveness of personalized therapeutic strategies with potential for replication in other contexts, emphasizing the importance of planned actions to bring about positive changes in users' lives.
Keywords: Mental Health. Therapeutic Groups. Benefits.

Introdução

Este relato foi baseado na experiência prática como residente de educação física na Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). O Grupo Ativamente surgiu para criar estratégias terapêuticas complementares no CAPS II de Palmas/TO. A proposta visou oferecer um espaço terapêutico integrando saúde física e mental. O foco foi promover benefícios amplos para usuários com sofrimento psíquico, visando a melhoria geral do bem-estar.

Os CAPS, parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), priorizam a reintegração social e o acompanhamento clínico, evitando internações desnecessárias. Com abordagem interdisciplinar, oferecem oficinas terapêuticas e fortalecem laços comunitários e familiares. Segundo a Portaria nº 3.088/2011, os CAPS desempenham papel essencial na assistência a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (Martinhago e Oliveira, 2012; Ferreira *et al.,* 2022; Sucar, 2023).

O Grupo Ativamente, implementado no CAPS II, utiliza a atividade física como estratégia terapêutica para fortalecer a socialização e autonomia dos pacientes. A

interação entre os participantes favorece a reintegração social e reduz sintomas psiquiátricos, proporcionando um ambiente acolhedor e estimulante (Silva, 2024).

Este trabalho compartilha a experiência do Grupo Ativamente no CAPS II, destacando sua relevância como estratégia complementar ao atendimento psicoterapêutico individual, com base em um relato de experiência (Ferreira *et al.,* 2024).

Metodologia

Este estudo é um relato de experiência de abordagem descritiva, fundamentado nas vivências da residente do programa de saúde mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), que teve duração de 8 meses, abrangendo o programa de saúde mental no município de Palmas, que opera em três cenários principais: o centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD 3), o CAPS 2, a atenção primária e o consultório na rua.

O relato foca no CAPS 2, que atende pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, acima de 18 anos. Durante os dois anos de residência, um dos principais objetivos é desenvolver competências no manejo de grupos, ferramenta essencial na atenção especializada (De Freitas *et al.,* 2023).

O grupo está ativo há dois anos, sob a coordenação de uma terapeuta ocupacional efetiva no serviço. Devido à rotatividade dos residentes, a profissional conta regularmente com o apoio de residentes. Esta experiência ocorreu entre fevereiro a outubro de 2024, com a participação de duas residentes do programa: uma enfermeira e uma profissional de educação física.

Os encontros do grupo aconteciam semanalmente, às terças-feiras, com duração de 1 hora. Antes das sessões, os pacientes passavam por triagem no CAPS, realizada pelos residentes. Durante a triagem, eram verificados sinais vitais e feitos questionamentos sobre medicação, sono e disposição para atividade física. Isso ajudava a avaliar o estado geral do paciente antes da participação no grupo.

Após a triagem, o grupo se deslocava até uma praça próxima, levando água e materiais para a atividade. Antes de iniciar, havia um momento de diálogo para avaliar a rotina, vínculos familiares, medicação e necessidade de atendimento. Esse espaço permitia escuta ativa, já que muitos não tinham com quem conversar. Assim,

a interação no grupo era fundamental para compartilhar vivências e fortalecer o apoio mútuo.

O grupo era composto, em média, por 15 a 18 pacientes de ambos os sexos, com idades variando entre 19 e 60 anos e diversos diagnósticos, incluindo esquizofrenia, transtorno de personalidade, ansiedade e depressão. As condições de saúde dos participantes não limitavam sua participação, sendo todos engajados e frequentemente sugerindo atividades para os encontros, demonstrando envolvimento e interesse no processo terapêutico.

As atividades do grupo incluíam práticas corporais lúdicas, como queimada, três cortes e gincanas. Também eram realizados circuitos de exercícios com o peso corporal, como agachamentos, polichinelos, corrida e caminhada. Essas práticas promoviam movimento, interação social e bem-estar. O formato dinâmico das atividades tornava os exercícios mais acessíveis e motivadores.

A metodologia utilizada neste grupo fundamenta-se na observação dos pacientes e na interação direta com as atividades do CAPS 2, possibilitando o relato detalhado das práticas e experiências vivenciadas. A coleta de informações ocorreu de forma contínua durante o período de atuação das residentes, por meio de registros sistemáticos em diários de campo, reuniões de equipe e supervisões realizadas no serviço (Da Silva *et al.,* 2021).

O foco foi o acompanhamento e a condução das atividades grupais, uma estratégia central no atendimento do CAPS. A construção dos relatos analisou dinâmicas, interações e resultados terapêuticos. Essa abordagem gerou um relato detalhado sobre a importância das ações grupais e sua integração na saúde mental. Para embasamento, realizou-se pesquisa online em bases como Scielo, com artigos de 2021 em diante. Os artigos foram avaliados para garantir a qualidade das informações (Sebben e Cetolin, 2021).

Dessa forma, observa-se que o relato de experiência tem como propósito apresentar, de maneira detalhada, situações ou eventos específicos, permitindo o compartilhamento de vivências tanto individuais como coletivas. Para essa produção, é fundamental o uso de embasamento científico aliado ao pensamento crítico do pesquisador.

Referencial Teórico

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 2)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços essenciais do SUS para atender pessoas com transtornos mentais graves. O CAPS II é destinado a pacientes que precisam de acompanhamento intensivo sem internação hospitalar. Sua proposta é oferecer atendimento comunitário, integral e contínuo, promovendo a reintegração social e o cuidado individualizado (Souza e Fernandes, 2022).

O CAPS 2 é um dispositivo importante para a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, pois visa a reabilitação psicossocial, a promoção da cidadania e a redução das internações hospitalares. A equipe do CAPS, composta por diversos profissionais da saúde, adota uma abordagem interdisciplinar para atender as necessidades dos usuários, integrando o cuidado físico, psicológico e social (Cardoso e Gruppi, 2024).

Os Grupos Terapêuticos nos CAPS

Os grupos terapêuticos nos CAPS são uma estratégia importante no tratamento de transtornos mentais graves, proporcionando apoio mútuo e socialização. Eles ajudam a combater o isolamento social e a estigmatização. Estudos indicam que a participação em grupos terapêuticos melhora a autoestima, aumenta a confiança e reduz sintomas depressivos e ansiosos (Miranda, 2023).

A interação grupal permite que os pacientes compartilhem suas dificuldades e sucessos, o que favorece a percepção de que não estão sozinhos em suas experiências. Além disso, atividades como grupos de atividade física ou oficinas terapêuticas ajudam a melhorar não só o bem-estar psicológico, mas também o físico, promovendo um cuidado integral (Da Silva *et al.,* 2021)

Transtornos Mentais e os Benefícios das Atividades Físicas

A atividade física é eficaz no manejo de transtornos mentais, reduzindo sintomas de ansiedade, depressão e estresse. A OMS reconhece seu papel na saúde mental, recomendando 150 minutos de exercício moderado por semana para melhorar o bem-estar físico e psicológico (OMS, 2020; Teles *et al.,* 2022; Ferreira *et al.,* 2024).

Para pacientes atendidos nos CAPS, a prática de atividades físicas é uma ferramenta terapêutica poderosa, ajudando não apenas na melhora da saúde física, mas também na redução de sintomas psíquicos, como a ansiedade e a depressão (Melo *et al.,* 2021; Zago, 2022; Kuster *et al.,* 2022; Honorio *et al.,* 2023).

Nos CAPS, as atividades físicas em grupos terapêuticos promovem saúde física, habilidades sociais, interação e apoio mútuo. Elas melhoram a autoestima, aumentam a autonomia e reduzem o estigma. Além disso, incentivam a reintegração social e melhoram a qualidade do sono, reduzem o estresse e previnem doenças crônicas, favorecendo o tratamento dos pacientes com transtornos mentais graves (Nieri e Muniz, 2021; De Freitas *et al.,* 2023; Ramos *et al.,* 2024).

Plano Terapêutico Singular (PTS) nos CAPS

O Plano Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta central nos CAPS, oferecendo cuidado individualizado e integral. Desenvolvido de forma colaborativa entre o paciente e a equipe de saúde, atende às necessidades específicas de cada pessoa, considerando seu contexto social e de saúde mental. O PTS respeita a singularidade de cada paciente, promovendo sua autonomia e participação ativa no tratamento (Ribeiro, 2021; Sucar, 2023).

O PTS garante um cuidado integral, considerando não apenas os sintomas, mas também as condições sociais, culturais e econômicas do paciente. Ele permite que os profissionais identifiquem estratégias terapêuticas adequadas, como acompanhamento psicológico, medicamentos e atividades sociais, educativas e ocupacionais, incluindo exercícios físicos no plano de cuidado (Oliveira, 2022; Miranda, 2023).

Resultados e discussão

Entre janeiro e outubro de 2024, com pausa em julho, ocorreram as vivências, destacando a importância dos grupos no serviço especializado. A experiência evidenciou sua capacidade de promover acolhimento, troca de experiências e fortalecimento de vínculos. Os grupos foram essenciais para criar um espaço de apoio e cuidado, contribuindo para a efetividade do atendimento e o bem-estar dos usuários.

As buscas nos artigos confirmam que, conforme Cavallini *et al.,* (2022), os grupos terapêuticos desempenham um papel importante nos CAPS, contribuindo para o cuidado integral. Essa abordagem valoriza a prática psicológica e permite a manifestação coletiva das subjetividades, tornando-se essencial no tratamento dos usuários.

De acordo com, Azevedo e Gomes (2024), o grupo terapêutico promove a interação dialogada, as vivências e a adaptação tanto individual quanto coletiva ao estilo de vida. Além disso, a experiência grupal amplia a capacidade de resolução de problemas, devido à diversidade de perspectivas voltadas para uma mesma questão.

Essa vivência no CAPS 2, dentro do contexto das práticas corporais em grupo, trouxe à tona resultados significativos, tanto no âmbito do desenvolvimento das competências profissionais do residente quanto nos impactos observados nos pacientes participantes. Essa vivência prática permitiu identificar aspectos centrais do manejo grupal em um cenário de saúde mental especializado.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é essencial para planejar o cuidado individualizado dos usuários, incluindo os grupos terapêuticos como parte fundamental. Ele articula diferentes dimensões do cuidado, considerando as necessidades específicas de cada indivíduo. O PTS fortalece a efetividade das práticas no serviço, promovendo um acompanhamento mais eficaz (Da Silva *et al.,* 2021).

Os encontros semanais, como aconteciam, estruturados a partir de triagens e atividades planejadas, mostraram-se eficazes para promover a adesão dos pacientes ao tratamento e o fortalecimento de vínculos interpessoais. A participação ativa dos pacientes com diagnósticos variados evidenciou a relevância do grupo como espaço de convivência, escuta e expressão (De Sousa e Oliveira, 2021).

Relatos frequentes de que "não têm com quem conversar" ressaltaram a importância do grupo como um meio de acolhimento e suporte emocional. Além disso, a possibilidade de dialogar sobre aspectos da vida pessoal e condições de saúde contribuiu para a construção de um ambiente de confiança e troca, alinhado aos princípios do cuidado em saúde mental preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental (Marostica e Souto, 2024).

As atividades realizadas na praça próxima ao CAPS 2, devido à falta de estrutura física no serviço, proporcionaram um ambiente motivador e integrador. A aceitação do deslocamento a pé e das práticas ao ar livre reforçou a importância de ações que combinem movimento e natureza para o bem-estar. Além disso, as sugestões dos pacientes evidenciaram maior engajamento e apropriação do espaço terapêutico (Da Silva, 2023; Morschel e Gonzales, 2022).

A atividade física traz benefícios significativos para pacientes com transtornos mentais, como redução de sintomas, melhora do humor e qualidade de vida. Ela também contribui para a socialização, combate o isolamento e promove a autonomia. Além disso, melhora funções cognitivas e é eficaz no manejo de condições como ansiedade e depressão, reforçando sua importância no cuidado integral em saúde mental (Da Silva, 2023; Oliveira, 2021).

A condução do grupo sob a supervisão de uma terapeuta ocupacional experiente e a atuação integrada com uma equipe multiprofissional favoreceram o aprendizado das residentes em diversos aspectos. As residentes puderam vivenciar na prática a importância da triagem prévia, da avaliação contínua e do planejamento de atividades alinhadas às necessidades e possibilidades dos pacientes.

Apesar dos resultados positivos, surgiram desafios, como a dificuldade de alguns pacientes em comparecer regularmente, devido a fatores como transporte ou condições clínicas. A ausência de um espaço dedicado para as práticas no CAPS 2 destaca a necessidade de ampliar os recursos disponíveis, oferecendo mais diversidade e conforto nas atividades (De Sousa e Oliveira, 2021).

A experiência relatada corrobora estudos que destacam os benefícios das práticas grupais em saúde mental, especialmente em contextos comunitários. Amorim *et al.,* (2022) afirmam que grupos terapêuticos promovem reabilitação psicossocial, autonomia e pertencimento. Lima *et al.,* (2024) destacam o papel das práticas corporais no manejo do estresse e na promoção do bem-estar emocional.

Essa vivência destaca a importância da integração entre teoria e prática na formação de profissionais de saúde mental, além da relevância dos grupos terapêuticos. A inclusão de práticas corporais em espaços comunitários ajuda na desestigmatização dos transtornos mentais e promove a inserção social. Também ressalta a necessidade de políticas públicas que ampliem os recursos para o CAPS, visando melhorias no atendimento e nas condições de trabalho.

Considerações finais

Este relato de experiência, baseado em uma abordagem descritiva, destaca a importância das práticas no CAPS 2 para o cuidado em saúde mental, com foco nos grupos terapêuticos. A metodologia de observação direta, registros sistemáticos e

discussões em equipe possibilitou uma análise detalhada das interações e resultados no processo terapêutico.

Os grupos foram essenciais para promover socialização, acolhimento e vínculos, além de melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes. As vivências reforçam a importância da articulação entre prática e teoria, destacando o valor do embasamento científico e do pensamento crítico no cuidado em saúde mental (Seben e Cetolin, 2021).

No entanto, esta experiência reafirma a importância do trabalho interdisciplinar e da continuidade do investimento em atividades grupais como estratégia central no atendimento especializado, contribuindo significativamente para a formação de residentes e para o fortalecimento do cuidado integral aos pacientes.

Essa oficina terapêutica destacou-se como uma intervenção eficaz e humanizada, apresentando grande potencial de replicação em diferentes contextos. A experiência reforça que pequenas ações, quando bem planejadas, podem gerar impactos transformadores no cotidiano dos usuários e ressalta a importância de personalizar estratégias terapêuticas para atender às demandas reais da comunidade.

Essa iniciativa fortalece a formação dos residentes, a assistência aos pacientes e a gestão do CAPS. Para os residentes, integra teoria e prática, estimulando o pensamento crítico. Para os pacientes, garante estratégias de cuidado baseadas em evidências. As atividades externas ampliaram repertórios sociais, desafiando preconceitos e promovendo integração. A presença na praça desmistificou transtornos mentais, incentivando o contato com a comunidade e fortalecendo vínculos essenciais para a recuperação.

Iniciativas como essa reforçam a importância dos cuidados psicossociais, das políticas públicas e do acesso à saúde mental. A pesquisa apoia a gestão com dados para decisões eficazes e otimização de recursos. Além disso, destaca a colaboração interdisciplinar e a adaptação dos serviços às necessidades em mudança, impulsionando melhorias no cuidado.

Referências

AMORIM, D. P. *et al.* Uso da auriculoterapia no cuidado e tratamento dos usuários de substâncias psicoativas admitidos no acolhimento integral do centro de atenção

psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD III) de Palmas Tocantins: relato de experiência. **Revista Humanidades e Inovação** - ISSN 2358-8322 - Palmas - TO - v.9, n.17. p. 360-371. 2022. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/6960. Acesso em: 12 dez. 2024.

AZEVEDO, I. K. L.; GOMES, M. F. L. Serviço social e saúde mental: relato de experiência no centro de atenção psicossocial III. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences.** ISSN: 2674-8169, v. 6, Issue 3, p. 2641-2666. 2024. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/1626/1993. Acesso em: 15 dez. 2024.

CARDOSO, R. M. S.; GRUPPI, D. R. Análise do papel do CAPS no tratamento de transtornos mentais graves: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, p. e151328-e151328, 2024. DOI: https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1328. Disponível em: https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1328. Acesso em: 12 dez. 2024.

CAVALLINI, J. *et al.* Grupo Terapêutico: um relato de experiência em um CAPS na cidade de Porto União/SC. **Renovare Revista de saúde e meio ambiente.** Santa Catarina, v. 2, ano. 9, 2022. ISSN: 2359-3326. Acesso em: 03 jan. 2025.

DA SILVA, S. S. Proposição de um modelo teórico dos influenciadores da atuação do profissional de educação física nos centros de atenção psicossocial. **Tese de Doutorado.** João Pessoa, dez. 2023. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/32242/1/SandersonSoaresDaSilva_Tese.pdf. Acesso em: 12 dez. 2024.

DA SILVA, A. J. M. *et al.,* Grupos terapêuticos como ferramenta de cuidado: análise com usuários acometidos de transtornos mentais nos CAPS. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, Anais da XX Jornada de Iniciação Científica. v. 7, n. 3, nov. 2021. Disponível em: https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/634. Acesso em: 12 dez. 2024.

DE FREITAS, L. R. *et al.,* Grupos psicoterapêuticos com adolescentes no centro de atenção psicossocial (CAPS). **Revista Saber Científico (1982-792X)**, v. 12, n. 1, p. 1, jan-ago, Porto Velho, 2023. Disponível em: https://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/2144. Acesso em: 23 dez. 2024.

DE SOUSA, V. S.; OLIVEIRA, C. R. M. Grupo autoestima: experiência de grupo operativo em CAPS. **Vínculo-Revista do NESME**, v. 18, n. 3, p. 25-33, 2021. DOI: https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p507-522. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/1394/139475570005/139475570005.pdf. Acesso em: 23 dez. 2024.

FERREIRA, G. S. *et al.* Análise dos pressupostos do paradigma psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na perspectiva de profissionais. **Ciências Psicológicas,** v. 16, n. 2, 2022. DOI: https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2225. Disponível em:

http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v16n2/1688-4221-cp-16-02-e2225.pdf. Acesso em: 02 jul. 2024.

FERREIRA, A. S. *et al.* Atividade física no tratamento da ansiedade. **Brazilian Journal of Health Review.** v. 7, n. 2, p. e68367-e68367. 2024. DOI:10.34119/bjhrv7n2-205. ISSN: 2595 -6825. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68367/48550. Acesso em: 03 jul. 2024.

HONORIO, D. D. *et al.* Atividade física e desordens de saúde mental: prevenção, cuidado e tratamento. In: **Assistência integral à saúde: desafios e vulnerabilidades da assistência.** Editora Científica Digital, 2023. p. 25-41. DOI: 10.37885/231014698. Disponível em: https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/231014698.pdf. Acesso em: 03 jul. 2024. Acesso em: 23 dez. 2024.

KUSTER, K. E. *et al.* Efeitos da Prática de Atividade Física em Pessoas com Ansiedade e Depressão. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva. - REVESC,** v. 7, n. 2, p. 71-77, ISSN: 2448-394X. 2022. Disponível em: http://www.revesc.org/index.php/revesc/article/view/124/139. Acesso em: 03 jul. 2024.

LIMA, R. M. *et al.* Educação física na rede de atenção psicossocial: vivências pela residência integrada em saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 23, n. 01, p. 112-118. Jan.-Jun. 2024. DOI: https://doi.org/10.36925/sanare.v23i01.1797. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1797. Acesso em: 03 jan. 2025.

MAROSTICA, H.; SOUTO, L. M. Escritas antimanicoloniais: oficinas de escrita nas políticas públicas de saúde. In: **Diálogos sobre interseccionalidade e saúde mental. v. 1**. Editora Científica Digital, 2024. p. 109-127. DOI: 10.37885/240516750. Disponível em: https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/240516750.pdf. Acesso em: 24 dez. 2024.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em debate,** v. 36, p. 583-594, 2012. Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2012.v36n95/583-594/pt. Acesso em: 24 dez. 2024.

MELO, R. C. et al., Efeitos da atividade física na saúde mental. Brasília; Fiocruz Brasília; **Instituto de Saúde de São Paulo;** 16 nov. 2021. p. 103 tab. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1361694. Acesso em: 23 dez. 2024.

MIRANDA, L. M. T. Produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial I do semiárido paraibano. **Dissertação de Pós-graduação.** João Pessoa. 2023. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/32506. Acesso em: 05 jan. 2025.

MORSCHEL, L.; GONZALES, Z. K. An (danças) na saúde mental: oficina de expressão corporal como produtora de novos possíveis. **Revista Expedições: Teoria da História e Historiografia (ISSN 2179-6386)**, v. 15, n. FluxoCont, p. 61-86, 2022. DOI: https://doi.org/10.31668/revista_geth.v15iFluxoCont.13591. Disponível em: https://www.revista.ueg.br/index.php/revista_geth/article/view/13591. Acesso em: 23 dez. 2024.

NIERI, V.; MUNIZ, L. P. Atuação de um profissional de educação física como parte integrante de equipe multidisciplinar em um CAPS II. In: **Anais do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar**. p. 70. São Paulo, jan. 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maraina-Dias/publication/366953804_Projetos_de_vida_e_gravidez_na_adolescencia_impacto_na_saude_mental_de_escolares/links/63babfaa097c7832ca9ed1a3/Projetos-de-vida-e-gravidez-na-adolescencia-impacto-na-saude-mental-de-escolares.pdf#page=71. Acesso em: 24 dez. 2024.

OLIVEIRA, W. F. Os benefícios do treinamento de força para controle da ansiedade e depressão em jovens e adultos. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**, v. 10, n. 2, p. 49-61, 2021. ISSN 2238-5428. Disponível em: https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rbraf/article/view/85. Acesso em: 05 jan. 2025.

OLIVEIRA, A. S. Perfil sociodemográfico e tratamento em saúde de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. **Dissertação de Pós-graduação.** Belo Horizonte. 2022. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/49185

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A OMS lança novas diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário.** Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/26-11-2020-oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario. Acesso em: 03 jul. 2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos.** 2020. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf

RAMOS, D. S. et al., Relato de Experiência: dinâmica lúdica e bem-estar físico no CAPS AD. **Revista Ouricuri**, v. 14, n. 2, p. 03-17, 2024. DOI: https://doi.org/10.59360/ouricuri.vol14.i2.a22039. Disponível em: https://www.revistas.uneb.br/index.php/ouricuri/article/view/22039. Acesso em: 03 jan. 2025.

RIBEIRO, T. N. A construção do Projeto Terapêutico Singular com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: a perspectiva de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial III adulto. **Tese de Doutorado.** Universidade de São Paulo. 2021. DOI: https://doi.org/10.11606/T.6.2021.tde-26102021-16140 Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-26102021-161408/en.php. Acesso em: 03 jan. 2025.

SEBBEN, A. A.; CETOLIN, S. F. Educação permanente e saúde mental: o caso da condução de grupos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Práxis,**

v. 13, n. 26, dez. 2021. ISSN online: 2176-9230 | ISSN impresso: 1984-4239. DOI:https://doi.org/10.47385/praxis.v13.n26.2632. Disponível em: https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/2632. Acesso em: 03 jan. 2025.

SILVA, I. N. S. F. Relato de experiência: estágio curricular não obrigatório de educação física em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Trabalho de Conclusão de Curso.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). 2024. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/281233. Acesso em: 05 jan. 2025.

SOUZA, R. P.; FERNANDES, J. C. Uma revisão ao exercício estrutural e profissional dentro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Criciúma – SC: um relato de experiência. **Revista Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UNESCO.** v. 4, p. 29-45, ISSN 2317-7500. 2022. Disponível em: https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/prmultiprofissional/article/view/7298. Acesso em: 15 dez 2024.

SUCAR, J. M. Acolhimento como uma estratégia de cuidado ao usuário de álcool e/ou outras drogas. **Doutoramento: ciências de enfermagem. U. Porto.** D.ICBAS, 2023. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/155351/2/650500.pdf. Acesso em: 15 dez 2024.

TELES, C. P. M. *et al.* Arte e atividade física como fatores protetores da saúde mental de estudantes de medicina. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 15, p. e16111537012-e16111537012, 2022. (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37012. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37012/30724. Acesso em: 04 jul. 2024. Acesso em: 15 dez 2024.

ZAGO, M. C. Atividade física e saúde mental: uma equipe multidisciplinar. In: SAÚDE MENTAL NO SÉCULO XXI: INDIVÍDUO E COLETIVO PANDÊMICO-VOLUME 2. **Editora Científica Digital,** 2022. p. 10-24. DOI: 10.37885/220509008. Disponível em: https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220509008.pdf. Acesso em: 15 dez 2024.

GRUPO DE MULHERES NO CAPS AD III DE PALMAS, TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

WOMEN'S GROUP AT CAPS AD III IN PALMAS, TO: AN EXPERIENCE REPORT

Resumo: Este relato descreve a minha vivência como residente em saúde mental, no grupo terapêutico para mulheres no CAPS AD III em Palmas/TO, com a duração de 8 meses. A intenção do grupo era fomentar autonomia, empoderamento e reintegração social, através de atividades que englobam autocuidado, geração de renda e táticas para minimizar danos. A estratégia interdisciplinar teve como objetivo estabelecer um ambiente receptivo para a partilha de experiências e aprendizado, em consonância com a Política Nacional de Educação Continuada em Saúde. Este relato ressalta os efeitos benéficos na formação de redes de suporte e no aprimoramento da saúde mental e social das participantes.
Palavras-chave: reabilitação psicossocial; saúde mental feminina e política pública.

Abstract: This report describes my experience as a mental health resident in the women's therapeutic group at CAPS AD III in Palmas, TO, over an eight-month period. The group aimed to foster autonomy, empowerment, and social reintegration through activities that included self-care, income generation, and strategies to minimize harm. The interdisciplinary approach sought to create a welcoming environment for sharing experiences and learning, in alignment with the National Policy on Continuing Education in Health. This report highlights the beneficial effects of building support networks and improving the mental and social health of the participants.
Keywords: psychosocial rehabilitation; women's mental health; public policy.

Introdução

O uso de substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas, é um fenômeno que acompanha a história da humanidade, associado a práticas religiosas, culturais e sociais. No Brasil, o consumo problemático de drogas constitui um desafio de saúde pública, relacionado a questões como violência, conflitos familiares, e prejuízos emocionais. Este contexto ressalta a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como protagonistas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), promovendo cuidado integral e contínuo para usuários de substâncias psicoativas. O presente trabalho foca na experiência de um grupo terapêutico para mulheres, voltado à promoção de autonomia, empoderamento e reinserção social, inserido no CAPS AD III de Palmas/TO.

De acordo com o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, o consumo excessivo de álcool entre as mulheres tem aumentado consideravelmente nos últimos dez anos. No entanto, a maioria das táticas de tratamento não dá prioridade às necessidades particulares das mulheres.

Essas necessidades envolvem a superação do estigma social, provocando constrangimento e tornando mais difícil a procura por auxílio. Adicionalmente, muitas pessoas lidam com obstáculos práticos, como a ausência de apoio para cuidar dos filhos e o receio de perder a custódia. Também existem perigos sexuais e acidentes, como o uso impróprio de seringas. Fejes et al (2016).

No contexto terapêutico, as mulheres costumam se beneficiar mais de grupos liderados por mulheres, que diminuem a desistência ao tratamento. No entanto, enfrentam o duplo julgamento social, recebendo críticas tanto pelo uso de substâncias quanto pela falta de cumprimento de papéis culturalmente estabelecidos para o gênero, como a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, Fejes et al (2016).

O CAPS AD III, instituído pela Portaria nº 130/2012, é um serviço de urgência, com atendimento ampliado para clientes com demandas relacionadas ao uso de substâncias (SPAs). O CAPS funciona como atenção especializada com acompanhamento terapêutico que visa atender a uma ampla gama de necessidades de seus usuários. Os serviços oferecidos incluem consultas psiquiátricas, assistência farmacêutica, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e ações de reabilitação psicossocial (Lei nº 10.216/2001). É necessário que grupos específicos, como aglomerados voltados ao público feminino, sejam implantados no local priorizado por Silva e Oliveira (2015) para a reabilitação.

Em 2023, durante minha residência, coordenei um grupo terapêutico para mulheres no CAPS AD III, junto com uma enfermeira contratada e uma residente em educação física. Os principais objetivos do grupo estavam relacionados ao fortalecimento do protagonismo das usuárias, ao desenvolvimento de reflexões críticas e ao auxílio na construção da autonomia. Os encontros incluíam discussões sobre autocuidado, geração de renda e estratégias de redução de danos entre elas, além de atividades de valorização pessoal como um “dia de beleza”.

Essas atividades proporcionaram um espaço de aprendizado e troca de experiências, reforçando a importância da convivência comunitária e do apoio mútuo entre as participantes. A relevância desses grupos é destacada pela Portaria nº 3.588/2017, que consolida a RAPS e orienta a promoção de intervenções sensíveis às necessidades específicas das mulheres. Temas como desigualdade de gênero e

autoestima são abordados para fortalecer redes de apoio e empoderar as participantes.

Este documento se fundamenta em anotações de um diário de campo realizadas durante oito meses, sem a exigência de aprovação ética, de acordo com a Resolução CNS no 510/2016, uma vez que não foram coletados dados que identificassem as participantes. A história sugere um diálogo ponderado entre a prática profissional e os princípios teóricos, com o objetivo de entender a reabilitação psicossocial no âmbito da saúde mental.

A estrutura deste trabalho segue uma abordagem teórica inicial, que contextualiza os conceitos relacionados à reabilitação psicossocial. Em seguida, descreve-se a experiência vivenciada no grupo de mulheres no Caps ad III de Palmas- TO.

Metodologia

Este relato de vivência utiliza um método descritivo, baseado em anotações de campo e no relatos verbais realizados ao longo de oito meses no Programa de Saúde Mental da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP/TO). A pesquisa foi conduzida no CAPS AD III, onde foi desenvolvido um grupo terapêutico exclusivo para mulheres usuárias de substâncias psicoativas. A abordagem incluiu observações diretas das atividades realizadas e o envolvimento ativo nos encontros do grupo.

A Resolução CNS nº 510/2016 determina que pesquisas de natureza descritiva ou reflexiva, baseadas em experiências profissionais, como atividades conduzidas em grupos no CAPS AD III, podem ser conduzidas e divulgadas sem a exigência de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Isso é particularmente verdadeiro para relatos de experiência, como o meu, que se fundamentam em observações e anotações de práticas pessoais, registros em diário de campo e relatos verbais espontâneos. Esses estudos, por não buscarem generalizar resultados ou coletar dados individuais de forma sistemática, estão em

conformidade com as diretrizes éticas da resolução, contanto que sejam respeitados os princípios de anonimato e confidencialidade.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é um curso de especialização que se distingue por ser construído com base na prática na área da saúde. Esta educação interdisciplinar enfatiza a colaboração em grupo e o uso de ferramentas de educação contínua, fomentando iniciativas educativas que estejam em sintonia com as demandas de saúde da população e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Silva et al. (2016), a RMS visa solidificar a Reforma Sanitária no Brasil e reforçar os princípios básicos do SUS. É importante destacar que a residência multiprofissional em saúde mental possui duração total de 24 meses, durante os quais os residentes passam por quatro cenários de prática: 8 meses no CAPS AD III, 8 meses no CAPS II, 8 meses em uma Unidade de Saúde da Família e, uma vez por semana, no Consultório na Rua.

O grupo terapêutico se concentrou exclusivamente em mulheres com mais de 18 anos que consomem substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. A participação das participantes foi voluntária, sendo crucial o interesse delas em participar das atividades. Os encontros aconteceram no CAPS AD III, situado em Palmas/TO, e incluíram ações programadas para fomentar reflexões críticas, reforçar a autonomia e estabelecer redes de suporte.

Referencial Teórico

Definição e Conceitos Importantes

Redução de Danos

A estratégia de redução de danos (RD) foi introduzida na Inglaterra em 1926, com o Relatório Rolleston, que recomendava a administração controlada de heroína e morfina para tratar as dependências. O objetivo era estabilizar a vida dos usuários, ajudando-os a alcançar produtividade e reintegração social, ao invés de apenas atender à dependência química (Fonsêca, 2012).

No Brasil, a RD foi implementada como política pública de saúde pela primeira vez em 1989, na cidade de Santos-SP. Inicialmente, a estratégia focava na prevenção do HIV, por meio dos Programas de Troca de Seringas (PTS). Com o tempo, seu alcance foi ampliado para incluir a prevenção de outras doenças transmissíveis e ações voltadas às necessidades individuais dos usuários, reforçando a humanização no cuidado (Passos & Souza, 2011).

A partir de 2003, a RD foi incorporada à Política Nacional de Saúde Mental, integrando ações destinadas a usuários de álcool e outras drogas. Essa expansão reafirmou seu papel como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, priorizando a redução de riscos à saúde, o incentivo ao autocuidado e a valorização da autonomia dos usuários. Assim, a RD consolidou-se como uma prática eficaz e inclusiva no enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas (Fonsêca, 2012).

Geração de Renda

As oficinas terapêuticas de geração de renda, realizadas no contexto dos CAPS, fortalecem os princípios da Reforma Psiquiátrica, promovendo inclusão social e autonomia para pessoas com sofrimento mental. Essas oficinas oferecem espaços de interação e trabalho, onde os participantes podem se sentir valorizados, minimizando os impactos da exclusão social e promovendo a reconstrução de suas identidades (Siqueira et al., 2019).

A conexão entre saúde mental e economia solidária tornou-se mais expressiva a partir de 2004, quando políticas públicas começaram a integrar ações de inclusão social e econômica por meio do trabalho. Parcerias entre o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego, e a Secretaria Nacional de Economia Solidária viabilizaram o financiamento de oficinas e empreendimentos solidários, fortalecendo a integração social e econômica de pessoas em sofrimento mental (Araújo & Soares, 2018).

Essas iniciativas consolidaram as oficinas de geração de renda como dispositivos estratégicos nos serviços de saúde mental, ao promoverem autonomia, inclusão e ressignificação do papel do trabalho na vida dos participantes. Dessa forma, contribuem para o protagonismo e a dignidade dessas pessoas, fortalecendo seus vínculos sociais e econômicos (Siqueira et al., 2019).

Desenvolvimento

A vivência no CAPS AD III evidenciou a relevância de métodos terapêuticos coletivos como instrumentos eficientes para a recuperação psicossocial, entre as mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas (SPAs). Esses eventos atuam como locais de acolhimento, partilha de vivências e fortalecimento, além de favorecerem a formação de redes de suporte. Esta estratégia está em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental, enfatizando o atendimento holístico e os princípios de minimização de danos. Também se observou o aprimoramento da autoestima e competências sociais das participantes, destacando a relevância de práticas que respeitem as especificidades de gênero.

O CAPS AD III de Palmas adota a estratégia de divisão territorial baseada em nomes de tribos indígenas, como Kanela I, Kanela II, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé e Pankararu. Durante a escuta com o TR, é elaborado o Plano Terapêutico Singular (PTS), que considera a disponibilidade e as preferências do paciente. Nesse momento, o paciente é convidado a integrar grupos terapêuticos disponíveis, como o grupo de mulheres, e a participar de atividades conforme suas necessidades. Além disso, é agendada a primeira consulta médica, preferencialmente com o psiquiatra.

No CAPS AD III de Palmas, onde a maioria dos usuários são homens, o grupo feminino se sobressai como um local único e crucial para as integrantes. Este espaço de conexões emocionais e incentiva a partilha de vivências, além de intensificar a solidariedade entre as participantes durante o processo terapêutico.As reuniões aconteciam toda semana, tratando de assuntos como autocuidado, geração de renda, autoconhecimento e diminuição de danos, proporcionando reflexões e aprendizados focados no bem-estar e empoderamento.

A organização das reuniões por uma equipe multidisciplinar foi crucial para proporcionar apoio de qualidade e respeito. A estruturação dos encontros, que inclui acolhimento, discussão de temas e interação social, provou ser um instrumento eficaz no incentivo ao protagonismo e na valorização das participantes como agentes de sua própria recuperação.

Pesquisas atestam a importância dos grupos no CAPS como locais essenciais para fomentar a interação social e reforçar a convivência. Ademais, permitem a criação de estratégias que englobam elementos sociais, econômicos, ocupacionais e psicológicos, evidenciando a demanda por uma perspectiva completa e multidimensional (Eslabão et al., 2021).

No âmbito do coletivo feminino, ressalta-se a importância da partilha de vivências, que não só eleva a autoconfiança, mas também fomenta um sentimento de pertença e apoio recíproco. Estes locais evidenciam a relevância da escuta e do reconhecimento das trajetórias pessoais, elementos fundamentais no modelo de redução de danos, que se estabelece como uma estratégia humanizada e eficiente no atendimento às usuárias de SPAs (Passos & Souza, 2011; Fonsêca, 2012).

Um outro ponto notável foi a introdução de oficinas terapêuticas de geração de renda, que se mostraram uma estratégica de inclusão social significativa. Essas tarefas, além de fomentar autonomia e interação, auxiliam na redefinição do trabalho como componente fundamental na reabilitação psicossocial (Siqueira et al., 2019).

Nos encontros do grupo de mulheres, ocorriam semanalmente, às terças-feiras, às 9h da manhã, com duração aproximada de uma hora. Inicialmente era realizada uma escuta qualificada, um instante em que as participantes discutiam como foi a semana e como estavam em relação ao uso de substâncias psicoativas, informando se usaram ou se mantinham-se abstentas. Neste local, incentivam o suporte recíproco entre as próprias mulheres, reforçando laços e a sensação de acolhimento.

Depois, a temática do dia era desenvolvida, previamente estabelecida com base nas necessidades e sugestões das participantes. Os tópicos mudavam a cada encontro, abrangendo temas como geração de renda (por exemplo, como produzir bolos e doces para vender), autocuidado (como a higiene pessoal, cuidados com a pele e bem-estar emocional) e estratégias para minimização de prejuízos.

No término de cada reunião, proporcionava-se um instante de confraternização com um lanche, e as participantes assinavam a lista de presença, reforçando o compromisso e a continuidade do grupo. Essas atividades ofereciam

não só conhecimento, mas também o aumento da autoconfiança e da independência feminina, promovendo um ambiente de suporte e mudança.

Além dos serviços grupais oferecidos pelo CAPS AD III de Palmas, destaca-se o acolhimento inicial, que representa o primeiro contato do paciente com a equipe profissional. Esse momento é crucial, pois, por meio de perguntas direcionadas, busca-se compreender as necessidades específicas do usuário e estabelecer a conduta a ser adotada. Após essa etapa inicial, o paciente é agendado para o "acolhe CAPS", realizado às segundas-feiras pela manhã e às quintas-feiras à tarde. Durante esse encontro, é feita a leitura e assinatura do contrato de convivência, apresenta-se toda a estrutura física da unidade e os serviços disponíveis. Também é agendada a primeira escuta com o técnico de referência (TR).

Outros serviços oferecidos, destaca-se o acolhimento diurno, no qual o paciente permanece no CAPS AD III durante todo o dia, participando das atividades propostas e recebendo três refeições: café da manhã, almoço e lanche da tarde. Essa modalidade visa proporcionar maior envolvimento no processo terapêutico e no acesso aos cuidados ofertados.

Outro serviço relevante é o acolhimento noturno, que segue critérios específicos para admissão. Nesse modelo, os pacientes permanecem sob os cuidados da equipe de enfermagem por um período que pode variar entre 7 e 14 dias, dependendo de sua condição clínica. Ressalta-se que a adesão ao acolhimento noturno é voluntária. Ao término dessa etapa, é elaborado um novo plano de cuidado, podendo incluir a reformulação do PTS, além da emissão de prescrições médicas. As medicações prescritas estão disponíveis na farmácia do próprio CAPS, facilitando o acesso e continuidade do tratamento.

Considerações finais

O relato da experiência destaca a importância dos grupos terapêuticos no CAPS AD III como métodos de assistência integral e humanizada, particularmente para mulheres que utilizam SPAs. Notou-se que ações específicas, baseadas nas orientações da RAPS e da Política Nacional de Saúde Mental, são fundamentais para combater as desigualdades de gênero e fomentar a inclusão social.

Os achados sugerem que práticas como o grupo terapêutico para mulheres não só aumentam a autoconfiança e o empoderamento, como também estabelecem redes de suporte e impulsionam mudanças relevantes na vida das participantes. Sugere-se a expansão dessas ações para outras instituições de saúde mental, com o objetivo de atender às necessidades femininas de maneira mais abrangente e eficiente.

Finalmente, destaca-se a importância de políticas públicas que deem prioridade a práticas atentas às especificidades desse grupo, assegurando que intervenções como essas se transformem em padrões de referência no cuidado com a saúde mental em todo o território nacional.

Referências

ARAÚJO & SOARES. **Trabalho e saúde mental:**
relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S422. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe4/275-284/pt. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. ***Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012*.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 jan. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20130%2C%20DE%2026,e%20os%20respectivos%20incentivos%20financeiros.&text=DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-,Art.,h%20(CAPS%20AD%20III).>. Acesso em: 4 dez. 2024.

BRASIL. **LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001 . Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 06 dez. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016.*** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 24 maio de 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: 11 dez. 2024.

ESLABÃO, *et al.* **GRUPO OFICINA DE MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**. 2012. Disponível em: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v11i4.15408. Acesso em: 12 dez. 2024.

FEJES et al.;. **Saúde e cotidiano de mulheres em uso abusivo de álcool e outras drogas: uma questão para a Terapia Ocupacional**. 2016. Http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i3p254-262. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/109801/122731. Acesso em: 09 jan. 2025.

FONSêCA, C. J. B. **CONHECENDO A REDUÇÃO DE DANOS ENQUANTO UMA PROPOSTA ÉTICA**. 2012. Psicologia & Saberes. Disponível em: https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/42/21. Acesso em: 13 dez. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – INPAD. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2014. Disponível em: https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf. Acesso em: 9 jan. 2025.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. **REDUÇÃO DE DANOS E SAÚDE PÚBLICA: CONSTRUÇÕES ALTERNATIVAS À POLÍTICA GLOBAL DE "GUERRA ÀS DROGAS"**. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/zMk4Dq4gQ4XhH4dQgzScQRm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 13 dez. 2024.

SAÚDE, Ministério da. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**.Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 06 dez. 2024.

SIQUEIRA, L. Q. *et al*. **Oficina de experimentações de geração de renda em um CAPS II: percepção dos familiares - relato de experiência. 2019**. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Laercio-Balsan/publication/340092009_OFICINA_DE_EXPERIMENTACOES_DE_GERACAO_DE_RENDA_EM_UM_CAPS_II_PERCEPCAO_DOS_FAMILIARES_-RELATO_DE_EXPERIENCIA_Office_of_experimentation_of_income_generation_in_a_Psychosocial_Attention_Centers_II_perce/links/5e77b18d4585157b9a5452e6/OFICINA-DE-EXPERIMENTACOES-DE-GERACAO-DE-RENDA-EM-UM-CAPS-II-PERCEPCAO-DOS-FAMILIARES-RELATO-DE-EXPERIENCIA-Office-of-experimentation-of-income-generation-in-a-Psychosocial-Attention-Centers-II-per.pdf. Acesso em: 13 dez. 2024.

SILVA, C. T. *et al.*; **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESPAÇO INTERCESSOR PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**. 2016. Https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 05 dez. 2024.

SILVA, L. B. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica**. 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhgm9LSW6n84d/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 07 dez. 2024.

SILVA, R. A.; OLIVEIRA, A. L. **Grupos terapêuticos no CAPS AD: espaço de acolhimento e reabilitação psicossocial.** *Revista da SBPH*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 93-107, 2015. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200011. Acesso em: 4 dez. 2024.

Secretaria Municipal
de Saúde

PALMAS
PREFEITURA

ISBN: 978-6-50181-793-4