

SAÚDE MENTAL

UM OLHAR MULTIDISCIPLINAR DO
CUIDADO



Organizadoras

Juliana Pereira Queiros

Vitória de Oliveira Almeida

Dayanna Magalhães Gomes dos Reis

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima

Francisca Cléa Florenço de Sousa

SAÚDE MENTAL

UM OLHAR MULTIDISCIPLINAR DO
CUIDADO



Organizadoras

Juliana Pereira Queiros

Vitória de Oliveira Almeida

Dayanna Magalhães Gomes dos Reis

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima

Francisca Cléa Florenço de Sousa



2023 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Ampla Editora

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Saúde mental: um olhar multidisciplinar do cuidado está licenciado sob CC BY-NC 4.0.



Essa licença permite que outros remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho para fins não comerciais e, embora os novos trabalhos devam ser creditados e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não precisam licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. O conteúdo da obra e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam a posição oficial da Ampla Editora. O download e o compartilhamento da obra são permitidos, desde que os autores sejam reconhecidos. Todos os direitos desta edição foram cedidos à Ampla Editora.

ISBN: 978-65-5381-157-7

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-0

Ampla Editora

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2023

Conselho Editorial

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba

Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí

Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas

Marina Magalhães de Morais – Universidade Federal do Amazonas

Mário César de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sabryna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2023 - Ampla Editora

Copyright da Edição © Ampla Editora

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Ampla Editora

Diagramação: Juliana Ferreira

Revisão: Os autores

Catálogo na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

S255

Saúde mental: um olhar multidisciplinar do cuidado / Organizadoras Juliana Pereira Queiros, Vitória de Oliveira Almeida, Dayanna Magalhães Gomes dos Reis, et al. – Campina Grande/PB: Ampla, 2023.

Outras organizadoras: Ana Patrícia Oliveira Moura Lima, Francisca Cléa Florenço de Sousa.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-157-7

DOI 10.51859/ampla.smo577.1123-0

1. Saúde mental. 2. Terapia. 3. Pesquisa. 4. Tratamento. 5. Gestão. I. Queiros, Juliana Pereira (Organizadora). II. Almeida, Vitória de Oliveira (Organizadora). III. Reis, Dayanna Magalhães Gomes dos (Organizadora). IV. Título.

CDD 616.89

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde mental

Ampla Editora

Campina Grande – PB – Brasil
contato@amplaeditora.com.br
www.amplaeditora.com.br



2023

Organizadoras

JULIANA PEREIRA QUEIROS

Nutricionista pelo Centro Universitário Estácio do Ceará
Mestranda em Medicina Translacional pela UFC
Especialista em Bioquímica e Biologia Molecular Aplicadas à Área da Saúde pela UECE
Coordenadora Seção de Finanças Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

VITÓRIA DE OLIVEIRA ALMEIDA

Nutricionista pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Graduanda em Análise e Desenvolvimento de Sistemas pela UNIFOR
Especialista em Nutrição Clínica Funcional pelo Instituto VP de Nutrição Funcional
Especialista em Nutrição Materno Infantil pela IPGS
Nutricionista do Hospital-Dia Lugar de Vida no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
Presidente do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

DAYANNA MAGALHÃES GOMES DOS REIS

Nutricionista e Mestre em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Pós graduada em Nutrição Clínica pelo IPGS
Especialista em assistência hospitalar em saúde mental pela Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Ceará
Nutricionista Clínica do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
Coordenadora da Comissão de Estágios do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

ANA PATRÍCIA OLIVEIRA MOURA LIMA

Nutricionista pela Universidade Estadual do Ceará
Pós-Doc em Neuropsicofarmacologia pela Universidade Federal do Ceará
Doutora em Ciências Morfofuncionais pela Universidade Federal do Ceará
Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará
Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição pela Fiocruz/Brasília
Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará
Especialista em Gestão Pública pelo Programa Nacional de Administração Pública da UECE
Coordenadora do Escritório de Qualidade do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto- HSM
Docente do curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

FRANCISCA CLÉA FLORENÇO DE SOUSA

Professora Titular do Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Bolsista de Produtividade do CNPq, nível 1C
Vice-coordenadora do Programa de Medicina Translacional do Núcleo de Pesquisas e Desenvolvimento de Medicamentos da UFC
Membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Pesquisadora do INCT-Renofito e do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos

DEDICATÓRIA

*Àqueles que nos inspiram a sermos melhores profissionais de saúde,
nossos pacientes.*

Prefácio

A saúde mental é um aspecto fundamental de nossas vidas, e sua importância não pode ser subestimada. Ela afeta não apenas a maneira como pensamos e sentimos, mas também a forma como nos relacionamos com o mundo ao nosso redor. Para os profissionais que atuam na saúde mental, é fundamental que tenham as ferramentas e o conhecimento necessários para atuação nesse campo da saúde.

Este livro é uma compilação de pesquisas, práticas e experiências no campo da saúde mental. Ele reúne informações acerca de diversas temáticas relacionadas a estratégias, técnicas e pesquisas em saúde mental de profissionais que atuam no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

Ao longo das páginas deste livro, você encontrará conhecimentos valiosos de trabalhadores dos campos da nutrição, psicologia, serviço social, medicina, farmácia, terapia ocupacional, sistemas da informação e enfermagem que dedicam suas vidas ao cuidar em saúde mental e ao tratamento do sofrimento psíquico no sistema público de saúde do estado do Ceará.

Nossa abordagem visa fornecer um recurso abrangente para todos aqueles que desejam aprender mais sobre como cuidar de sua saúde mental. Este livro foi projetado para complementar e enriquecer seu conhecimento, auxiliando-o na sua atuação profissional.

Lembre-se de que a jornada em direção à saúde mental é singular para cada indivíduo. Não há uma abordagem universal que seja eficaz para todos. Dessa forma, esperamos que você encontre inspiração nas pesquisas e relatos compartilhados pelos autores.

Por fim, gostaríamos de agradecer a você por escolher explorar este livro e que este contribua em sua jornada profissional na atuação em saúde mental.

Uma boa leitura!

As organizadoras

Sumário

CAPÍTULO I - AS POTENCIALIDADES DO USO DE CANNABIDIOL: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ	12
CAPÍTULO II - A LOGOTERAPIA COMO REFERENCIAL PARA O CUIDADO DE PACIENTES PSICÓTICOS.....	22
CAPÍTULO III - 10 ANOS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO (SAD-HSM): RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR	32
CAPÍTULO IV - A TRAJETÓRIA DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL TERCIÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ.....	40
CAPÍTULO V - QUEM É O PACIENTE DOS DOIS? FAMILIARES/ACOMPANHANTES ADOECIDOS NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR EM SAÚDE MENTAL.....	46
CAPÍTULO VI - FORMAÇÃO DE POSTURA CRÍTICA E PROATIVA NO ESTÁGIO NA ÁREA DE SAÚDE.....	52
CAPÍTULO VII - PROTOCOLO DE CONTENÇÃO MECÂNICA NA PSIQUIATRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	61
CAPÍTULO VIII - SELETIVIDADE ALIMENTAR E PREOCUPAÇÃO PARENTAL NO COMER DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM FORTALEZA-CE.....	67
CAPÍTULO IX - IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	79
CAPÍTULO X - PROJETO ESCUTHA NAS ESCOLAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	84
CAPÍTULO XI - ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS MODELOS DE ABSTINÊNCIA E REDUÇÃO DE DANOS: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	89
CAPÍTULO XII - O LÚDICO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM TREINAMENTO DE BOAS PRÁTICAS COM COLABORADORES DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	96
CAPÍTULO XIII - A OBSTINAÇÃO E A ARTICULAÇÃO COMO FERRAMENTAS DE TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM REENCONTRO FAMILIAR APÓS TRÊS DÉCADAS.....	102
CAPÍTULO XIV - IMPACTOS DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS NO ACOLHIMENTO SOCIAL DA EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ ...	108
CAPÍTULO XV - PLANO DE GESTÃO DE UM SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR EM FORTALEZA- CE: UMA ANÁLISE DA SÉRIE HISTÓRICA 2013-2021.....	115

CAPÍTULO XVI - CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ESTUDOS DE CASO SOBRE TRÊS CENTROS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	125
CAPÍTULO XVII - ORGANIZAÇÃO DE UM HOSPITAL - DIA EM UMA INSTITUIÇÃO REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.....	133
CAPÍTULO XVIII - ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE CARDÁPIOS OFERTADOS AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM DIABETES <i>MELLITUS</i> E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA	138
CAPÍTULO XIX - A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ.....	147
CAPÍTULO XX - O FENÔMENO DA REINTERNAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A “PORTA GIRATÓRIA” DE UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA-CE.....	154
CAPÍTULO XXI - AVALIAÇÃO DO RESTO INGESTA EM UM SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR LOCALIZADA EM FORTALEZA-CE: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO.....	161
CAPÍTULO XXII - O PAPEL DOS INDICADORES EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ.....	172
CAPÍTULO XXIII - MARIA ILEUDA VERÇOSA: A EMBLEMÁTICA MENINA-MOÇA-MULHER, EX-MORADORA DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL TERCIÁRIA DO CEARÁ.....	182

Capítulo I

AS POTENCIALIDADES DO USO DE CANABIDIOL: RELATO DE EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-1

Jennyfer Nahary Lima Mendes ¹
Cíntia Raquel da Silva Castro ²
Lisandra Juvêncio da Silva ³
Rebeca Mesquita Ferreira Gomes ⁴
Samuel Torres de Medeiros ⁵
Aline Colares de Nóbrega ⁶

¹ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Coordenadora do Serviço Social do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Assistente Social - Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Farmacêutica clínica - Doutoranda em Microbiologia Médica pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Médica - Residente de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Farmacêutico clínico - Especialista em Farmácia Clínica - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁶ Assistente Social - Especialização em Parâmetros e Protocolos do Assistente Social na Saúde - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: jennyfernahary@hotmail.com

RESUMO

O uso de medicamentos à base de canabidiol têm resultado em efeitos positivos no tratamento de diversas doenças, como o caso do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Assim, o objetivo do presente artigo é dialogar sobre as potencialidades do uso de canabidiol no tratamento de uma paciente com TEA, considerando a perspectiva de três categorias profissionais que atuaram junto a paciente (Farmácia, Medicina e Serviço Social). Utilizou-se o relato de experiência por ser este caracterizado como um estudo que descreve ações realizadas por indivíduos ou grupos, permitindo a discussão crítica dessas ações e vivências. Para a organização do relato, utilizou-se como ferramenta a Sistematização da Experiência, por ser um método que propõe a interpretação crítica de uma ou várias experiências, ordenando e reconstruindo o processo vivido. Assim, após a apresentação geral do caso, os relatos foram categorizados de acordo com a atuação de cada profissão em relação à garantia do tratamento e cuidado da paciente. A partir dos relatos e análises de cada categoria profissional, conclui-se que o estigma ainda é uma importante barreira a ser vencida e também tem uma parcela importante de responsabilidade na dificuldade de obtenção desta medicação. O uso do canabidiol resultou em uma evolução favorável do caso da paciente. Contudo, as burocracias que envolvem o acesso a medicação impossibilitam também que outros pacientes não consigam ter acesso ao tratamento com canabidiol, desfavorecendo a efetiva desinstitucionalização e a diminuição de internações hospitalares.

Palavras-chave: Canabidiol; Transtorno do Espectro Autista; Equipe Multiprofissional.

1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos à base de canabidiol têm demonstrado efeitos positivos no tratamento de diversas doenças, como o caso do Transtorno do Espectro Autista (TEA). No Brasil, atualmente é possível adquirir esse tipo de medicamento, mas o acesso é difícil e caro, perpassando por diversos procedimentos burocráticos. Se houvesse cultivo de Cannabis no país para pesquisa e produção de medicamentos, o tratamento seria mais acessível para os pacientes. O médico e diretor da Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal, Leandro Ramires, afirma que o tratamento mensal com produtos importados não sai por menos de 1 mil reais e que, se fossem fabricados no Brasil, o custo seria de cerca de 40 reais mensais, além da possibilidade de exportação (ARAÚJO, 2019).

O estigma que gira em torno do uso da Cannabis, mesmo que para fins medicinais, ainda é apontado como um importante impedimento para seu acesso. Embora existam avanços importantes a serem considerados sobre a (re)significação da lógica moral e normativa, que faz emergir novos discursos e práticas em relação ao uso da Cannabis (LUSTOSA, 2019), ainda percebemos a burocratização do acesso, mesmo com indicações médicas.

A partir disso, o presente trabalho foi desenvolvido como forma de relatar as perspectivas de diferentes categorias profissionais (Farmácia, Medicina e Serviço Social) sobre suas intervenções junto a uma paciente com TEA que faz uso de medicamento à base de canabidiol em um hospital de saúde mental. Busca-se ressaltar as potencialidades do medicamento no desenvolvimento geral da paciente, bem como o processo lento e burocrático para acessar o canabidiol pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Além disso, serão abordadas as múltiplas intervenções realizadas pelos/as profissionais na busca de maior qualidade de vida para a paciente.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva, com um percurso investigativo estruturado a partir das apreensões de profissionais que atuam no acompanhamento da paciente APM (iniciais fictícias). A pesquisa qualitativa pode ser definida como aquela que se preocupa em compreender um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2002). Ela trabalha com significados, valores e ações, visando não reduzir os fenômenos à operações e variáveis. No mesmo sentido, a pesquisa descritiva define, segundo Gil (2008), a descrição de características de determinada população, indivíduo, fenômenos e ações.

Optou-se pelo relato de experiência por ser este caracterizado como um estudo que descreve ações realizadas por indivíduos ou grupos e permite a discussão crítica dessas ações e vivências. Para a organização do relato de experiência, utilizou-se como ferramenta a Sistematização da Experiência. Esse método propõe a interpretação crítica de uma ou várias experiências, buscando por meio da ordenação e reconstrução, descobrir e explicitar a lógica do processo vivido (HOLLIDAY, 2007). A partir disso, será possível ordenar e reconstruir as experiências de cada categoria profissional participante da pesquisa, compartilhando os ensinamentos e conduzindo à reflexão teórica aqueles conhecimentos que surgem a partir de práticas sociais concretas.

O relato foi construído a partir da experiência de três categorias profissionais (Farmácia, Medicina e Serviço Social) que atuaram no caso da paciente APM. Assim, após a apresentação geral do caso, os relatos foram categorizados de acordo com a atuação de cada profissão em relação à garantia do tratamento e cuidado da paciente. Os relatos possuem como base a análise documental de instrumentais próprios de cada categoria e demais registros realizados pelos(as) profissionais durante os atendimentos. As experiências de atuação dos(as) profissionais foram descritas a partir do olhar crítico e analítico da intervenção profissional em diálogo com o arcabouço teórico.

3. RELATOS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

3.1. Contextualização clínica e social da paciente

APM, feminino, 27 anos, portadora de Transtorno do Espectro Autista (TEA) grave diagnosticado aos 8 anos de idade e confirmado por escala CARS, internada em hospital psiquiátrico desde 2017 por episódios de agitação, insônia e comportamento auto e heteroagressivo. Atualmente é moradora da instituição por abandono familiar. Aventou-se, eventualmente, desinstitucionalizar e manter a paciente em Residência Terapêutica, a qual não foi aceita por demandar cuidados intensos por parte da equipe.

Considerando sua história de vida, APM foi exposta à inúmeros eventos que a colocaram em situação de vulnerabilidade, como a perda precoce de seu genitor e o histórico de múltiplas internações e uso abusivo de algumas SPAs (Álcool e cocaína) de sua genitora, fragilizando ainda mais os vínculos e a autonomia da genitora para manter os cuidados com a paciente. Além disso, houve o longo histórico de reinternações até abril de 2017, quando APM retornou para nova internação acompanhada da mãe e, desde então, permaneceu no hospital.

De fato, APM não interage verbalmente, depende totalmente de terceiros para realizar as atividades básicas de vida diária e tem episódios recorrentes de autoagressividade severa, necessitando de contenção mecânica em período quase integral.

3.2. Discussão da Medicina

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que cursa com uma sintomatologia caracterizada por padrões restritos e repetitivos do comportamento, assim como dificuldade de interação social. Esse quadro é observado desde a infância e prejudica o funcionamento do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Desde o início de sua internação, APM fez uso de diversos medicamentos em doses terapêuticas, sempre em terapia combinada, como Quetiapina 600 mg/dia, Risperidona 4 mg/dia, Clorpromazina 600 mg/dia, Ziprasidona 180 mg/dia, Olanzapina 15 mg/dia, Ácido Valpróico 2 g/dia, Diazepam 30 mg/dia e Neuleptil 4% 120 gotas/dia. Com todos eles, APM apresentou respostas parciais e não sustentadas associadas a efeitos colaterais importantes, sustentando o quadro de agressividade.

Em razão destas falhas terapêuticas e dos estudos promissores acerca do uso da Cannabis Medicinal, optou-se por iniciar esse fármaco com o propósito de uma melhora comportamental e a retirada da contenção mecânica, programando um washout das demais medicações em seguimento. Neste caso, a paciente usou a apresentação do óleo de cannabis medicinal da Nunature 34.36 mg/ml, com progressão de doses, até a dose máxima de 4,59 mg/kg/dia. A paciente evoluiu com melhora comportamental importante, com saídas do leito para deambular, ganhos discretos em habilidades sociais (relatos de interação sutil com a equipe multidisciplinar), além de ter reduzido expressivamente os episódios de autoagressão. Ademais, apresentou boa tolerância com a medicação.

Os fármacos usados no tratamento do TEA são voltados para o controle de sintomas (como a agressividade), visto que não dispomos de medicações específicas com indicação para o tratamento da condição em si (SCHLEIDER, *et al.*, 2019). O Food and Drug Administration (FDA) aprovou apenas dois medicamentos para a condução de agressividade em portadores de TEA: Risperidona e Aripiprazol (ARAN *et al.*, 2021). A administração delas é desafiadora, seja pelo perfil de efeitos adversos metabólicos, como é o caso da Risperidona, como também pela dificuldade de acesso, tal qual o Aripiprazol (medicação de alto custo que não está disponível na lista de fármacos do Sistema Único de Saúde - SUS).

Mesmo com a possibilidade de uso dos fármacos supracitados, comumente as respostas são desanimadoras (SCHLEIDER, *et al.*, 2019). O caso de APM ilustra com precisão tal dado, considerando que a paciente evoluiu em refratariedade mesmo com a realização de diversos ensaios terapêuticos.

Dentro do contexto de desafios implicados no tratamento, a Cannabis Medicinal surge como uma proposta promissora. Alvo de diversas pesquisas em âmbito mundial, essa substância suscita muitos debates em razão das suas potenciais propriedades terapêuticas em diversas doenças (SCHLEIDER, *et al.*, 2019), inclusive para a agressividade dentro do contexto do Transtorno do Espectro Autista, o que se encaixa no perfil da paciente em estudo.

Os resultados foram estimulantes: APM reduziu expressivamente os episódios de agitação e agressividade, além de apresentar outros ganhos. Essa evolução representa um importante marco para tratamento e para o prognóstico da paciente pois, dentro desse padrão mais contido, é possível sair da rotina de contenção mecânica persistente (que foi estabelecido, a princípio, para garantir sua segurança) e participar de outras atividades que promovam algum desenvolvimento de habilidades sociais e, até mesmo, proporcionem lazer. Essas medidas visam resgatar a dignidade outrora perdida em um contexto que engloba ausência de suporte familiar, precariedade dos recursos hospitalares e sobrecarga da equipe, reavivando a esperança de um melhor desfecho.

Um passo importante para sedimentar os ganhos é obter a medicação regularmente e possibilitar a progressão da dose (de acordo com a faixa terapêutica). A maior dificuldade é burocrática: a Cannabis Medicinal usada pela paciente é fornecida pela Nunature em forma de doações. Sendo uma medicação com o custo financeiro elevado e não disponível no arsenal terapêutico do SUS, é desafiador mantê-la com protagonismo terapêutico.

3.3. Discussão da Farmácia

No ano de 2022, a equipe médica que cuidava do tratamento da paciente APM recebeu uma doação do medicamento Canabidiol Nunature na concentração de 34,36mg/ml, com o objetivo de iniciar uma terapia para controlar a sintomatologia associada ao transtorno do espectro autista. As informações contidas na bula do medicamento Canabidiol da referida empresa trazem as seguintes descrições técnicas:

O produto Canabidiol Nunature contém como princípio ativo o Canabidiol, um fitofármaco em concentração de 82,5%, purificado na matriz vegetal de Cannabis sativa, não mais do que 0,2% de Tetraidrocanabinol (THC) e demais componentes da planta. (CANABIDIOL NUNATURE, 2021).

A farmácia do hospital entrou em contato com o canabidiol pela primeira vez e, a fim de garantir a segurança da paciente, procurou informações sobre as normas sanitárias que regulamentam seu uso no Brasil. Também verificou o rol de produtos aprovados pela ANVISA, pois seria responsável por armazenar o produto em suas dependências, e este deveria atender às especificações legais. A equipe de farmacêuticos descobriu que a RDC 327, publicada pela ANVISA em 9 de dezembro de 2019, estabelece procedimentos para a autorização sanitária da fabricação e importação, requisitos para a comercialização, prescrição, dispensação, monitoramento e fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais. Além disso, a RDC define as concentrações permitidas de canabidiol e tetrahydrocannabinol (THC), conforme especificado no artigo 4º:

Os produtos de Cannabis contendo como ativos exclusivamente derivados vegetais ou fitofármacos da Cannabis sativa, devem possuir predominantemente, canabidiol (CBD) e não mais que 0,2% de tetrahydrocannabinol (THC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Assim, foi concluído que o medicamento em posse da farmácia estava em conformidade com as especificações estabelecidas pela RDC, que padroniza as concentrações de produtos de Cannabis em todo o território nacional, além de estar incluído na lista de medicamentos aprovados pelo órgão sanitário.

Depois de analisar a legislação sanitária, estabeleceu-se um procedimento seguro para garantir a entrega do medicamento Canabidiol à paciente APM nos horários previstos. A equipe de enfermagem foi encarregada de receber o medicamento na farmácia e levá-lo à unidade onde APM estava hospitalizada, para que pudesse ser administrado com precisão. Na entrega e devolução do medicamento, o enfermeiro responsável assinaria um protocolo, de modo que a farmácia pudesse controlar a entrada e saída do medicamento na unidade. Esse processo é conhecido como dupla checagem ou verificação dupla e geralmente é realizado por um enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem, conforme a política de medicamentos de alto risco e o dimensionamento e capacitação dos técnicos de cada organização. O objetivo é garantir que os medicamentos administrados ao paciente produzam os resultados terapêuticos esperados e que não ocorram erros de medicação (QUENTAL, 2022; GURGEL *et al.*, 2019).

Apesar dos obstáculos burocráticos que dificultam o acesso ao canabidiol, há avanços significativos no âmbito legal no Brasil, como a Lei 17.618/2023, que garante medicamentos à base de Cannabis no Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo. A nova legislação determina que a rede pública estadual de saúde e as instituições privadas conveniadas ao SUS forneçam, de forma gratuita, medicamentos contendo canabidiol (CBD) e tetrahydrocannabinol (THC) - dois

derivados da Cannabis - para pacientes com prescrição médica. De acordo com a lei, a distribuição ocorrerá em situações excepcionais indicadas pela medicina, e os produtos devem estar em conformidade com as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Espera-se que outras leis semelhantes à de São Paulo sejam implementadas para garantir que os pacientes que necessitam de produtos à base de Cannabis tenham acesso gratuito a eles (MELO; SANTOS, 2016).

3.4. Discussão do Serviço Social

Desde 2017, quando APM deu entrada no referido hospital, o Serviço Social tem feito inúmeras intervenções na tentativa de garantir o acesso ao uso do Canabidiol pela paciente, como forma de assegurar seu direito à medicação mais adequada e efetiva, inclusive intervindo com a judicialização do caso. Além disso, as ações profissionais se voltaram cotidianamente ao fortalecimento dos vínculos familiares que estão fragilizados e tentativas de desinstitucionalização da paciente.

Como foi exposto pelos demais profissionais que participaram do presente relato, o Canabidiol trouxe importantes contribuições para a melhoria do quadro clínico de APM. A burocratização do acesso à medicação nos faz refletir sobre a existência de uma discrepância entre a importância do uso medicinal da Cannabis e o preconceito em torno do uso recreativo da planta. Fonseca (1980) analisa que, no Brasil, as proibições em torno do uso da Cannabis, desde o plantio até a exploração de suas potencialidades, ocorreu em 1938. Desde então, passamos por diversos debates sobre a legalização do uso de outras drogas (como álcool e nicotina) e os embaraços para o uso, mesmo que medicinal, da Cannabis.

Mesmo com importantes avanços no reconhecimento da Cannabis enquanto medicamento (LUSTOSA, 2019), ainda lutamos pela efetivação dos direitos de pacientes que precisam fazer uso do Canabidiol. Para além disso, o caso de APM demonstra também o amplo campo da saúde mental, que é constituído por questões que vão além do contexto biológico e envolvem a conjuntura familiar, condições socioeconômicas, vivências com a violência contínua, insegurança alimentar e habitacional etc. As intervenções realizadas de forma multiprofissional buscaram adentrar nas diversas dimensões que permeiam as condições de vida e saúde da paciente.

Logo em 2017, foi encaminhado relatório à promotoria da pessoa com deficiência relatando o caso da paciente e solicitando vaga em Residência Terapêutica. Em 2019, o caso foi também encaminhado pelo Serviço Social para o CAPS geral de referência em Pacatuba. A partir

de várias visitas realizadas pelo equipamento, localizou-se uma tia da paciente, que por vezes acolhe a mãe de APM, mas que na época se encontrava abrigada em uma casa de recuperação.

A partir da disponibilização de vaga em Residência Terapêutica em 2020, o nome da paciente foi indicado através de relatório social e relatório médico. Após indicação, foi iniciado processo de articulação com o equipamento através de visita técnica a Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e ao CAPS de referência. Em seguida, emitiu-se parecer técnico multiprofissional – assistente social, nutricionista, enfermeiro e médico - sugerindo algumas adaptações no equipamento para melhor acolhimento da usuária. Porém o CAPS emitiu parecer indeferindo a vaga.

O Serviço Social também formalizou junto ao Ministério Público nova solicitação de vaga em SRT para a paciente no ano de 2021, porém representantes das secretarias de saúde do município de Fortaleza e do Estado do Ceará responderam sobre a indisponibilidade de vagas. No ano de 2022, devido ao agravamento do quadro clínico da paciente, inclusive sendo necessária a transferência da mesma para outra unidade hospitalar, o Serviço Social conseguiu articular para que sua genitora acompanhasse APM durante a internação. Neste mesmo período, o Serviço Social realizou articulação junto aos equipamentos de referência em Pacatuba e de Maracanaú (município de residência de uma das irmãs) para que a genitora da paciente recebesse o suporte necessário devido ao uso de substância no retorno ao território.

Ainda no ano de 2022, o Serviço Social em conjunto com a equipe de desinstitucionalização do hospital solicitou vaga na Casa de Cuidados do Ceará. Porém recebeu parecer negativo da equipe. Até os dias atuais a equipe do Serviço Social permanece realizando tentativas de resgatar vínculos familiares e luta contra a burocratização e a lentidão no acesso ao Canabidiol que interfere nas ações multiprofissionais e também derivam do estigma histórico em relação ao uso da Cannabis.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da vivência de diferentes profissionais, podemos afirmar que o estigma ainda é uma importante barreira a ser vencida e também tem uma parcela importante de responsabilidade na dificuldade de obtenção desta medicação, afetando APM, que não recebeu esta terapêutica anteriormente, assim como incontáveis outros pacientes que poderiam fazer uso da medicação e apresentar desfechos melhores.

No caso de APM, que também é parte da população atingida pelos estigmas e preconceitos em torno da saúde mental, o uso da medicação que apresenta resultados mais

significativos sobre os seus sintomas só é garantido pela doação realizada pela empresa Nunature. Assim, ainda não foi assegurado o direito da paciente de acessar a medicação de forma contínua pelo SUS.

Podemos finalizar o presente relato de experiência com uma reflexão: a aquisição desta medicação, para o caso de APM, envolve processos jurídicos, sociais e burocráticos e implica gastos para o Estado. Contudo, uma evolução favorável, tanto da APM, quanto de outros pacientes de perfil similar, poderia implicar em um menor impacto financeiro à medida que se torna possível uma desinstitucionalização precoce, assim como a diminuição de internação hospitalar, mantendo os indivíduos sob os cuidados da família e dentro da comunidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

ARAN A, HAREL M, CASSUTO H, POLYANSKY L, SCHNAPP A, WATTAD N, SHMUELI D, GOLAN D, CASTELLANOS FX. Cannabinoid treatment for autism: a proof-of-concept randomized trial. *Mol Autism*. 2021 Feb 3;12(1):6. doi: 10.1186/s13229-021-00420-2. PMID: 33536055; PMCID:PMC7860205.

ARAUJO, Tarso. Commodity medicinal. *Valor*, São Paulo, n. 951, p. 18-21, fev. 2019

BAR-LEV SCHLEIDER L, MECHOULAM R, SABAN N, MEIRI G, NOVACK V. Real life Experience of Medical Cannabis Treatment in Autism: Analysis of Safety and Efficacy. *Sci Rep*. 2019 Jan 17;9(1):200. doi: 10.1038/s41598-018-37570-y. PMID: 30655581; PMCID: PMC6336869.

CANABIDIOL NUNATURE: SOLUÇÃO. Responsável técnico Eduardo Xavier do Amaral. Nunature Distribuição do Brasil LTDA: TriRx Huntsville Pharmaceutical Services, LLC, 2021.

FONSECA, G. A maconha, a cocaína e o ópio em outros tempos. *Arq Polic Civ*, 34: 133-45, 1980.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2008.

GURGEL, Hannah Larissa de Carvalho et al. Uso terapêutico do canabidiol: a demanda judicial no estado de Pernambuco, Brasil. *Saúde e Sociedade*, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 283-295, set. 2019. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180812>.

HOLLIDAY, O, J. Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos. CIDAC: Rio de Janeiro, 2007.

LUSTOSA, R. S. Usos e dilemas da maconha/cannabis no Brasil: entre o desvio e a norma. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, p.197, 2019.

MELO, Leandro Arantes de; SANTOS, Alethele de Oliveira. O uso do Canabidiol no Brasil e o posicionamento do Órgão Regulador. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 43-55, 29 maio 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução da Diretoria Colegiada - Rdc Nº 327, de 9 de Dezembro de 2019 Brasília.

QUENTAL, Líbna Laquis Capistrano. Check-list de cuidado seguro na urgência hipertensiva gestacional: construção coletiva da equipe de enfermagem. 2022. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Sociedade, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

Capítulo II

A LOGOTERAPIA COMO REFERENCIAL PARA O CUIDADO DE PACIENTES PSICÓTICOS.

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-2

Michell Ângelo Marques Araújo¹
José Evangleyson de Paiva Girão²
Liêta Patrícia Idelfonso Teixeira Martins³
Samia Assunção de Oliveira⁴
Maria Marcilene da Silva⁵
Samara Naiane de Souza Nascimento⁶

¹ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará.

² Enfermeiro. Especialista em Saúde Mental/Residência Multi UFC.

³ Psicóloga. Mestre em Saúde da Família

⁴ Enfermeira. Gestora do Hospital Dia Lugar de Vida – Hospital de Saúde Mental Profofessor Frota Pinto

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde Mental. Professora da Escola Estadual de Ensino Profissional José de Barcelos

⁶ Enfermeira. Mestranda em Ensino na Saúde. Enfermeira da Educação Permanente do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: michellangelo@ufc.br

RESUMO

As psicoses são transtornos mentais graves que necessitam de uma atenção especial, em se tratando de saúde mental. Apesar de apresentarem caráter de baixa mortalidade, as psicoses pelo perfil de cronicidade influenciam significativamente na vida do sujeito. Por demandar cuidados especiais, os pacientes psicóticos necessitam de profissionais cada vez mais especializados, com suporte teórico-prático suficientes para atender a todas as suas demandas. O enfermeiro oferece seus cuidados ao paciente psicótico e necessita de referenciais que deem base científica a sua ação. Tendo em vista as diversas possibilidades de cuidado do paciente psicótico, desde os modelos tradicionais, biomédicos, até os que consideramos complementares, algumas questões surgem: Como o profissional enfermeiro pode oferecer o cuidado ao paciente psicótico? Que estratégias utilizar? Que abordagens estão disponíveis? Objetiva-se analisar a Logoterapia como referencial para o cuidado de pacientes psicóticos. Trata-se de uma Pesquisa-Cuidado, realizado com quinze pacientes que participam de três sessões de grupo terapêutico em um hospital-dia da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. A equipe de Enfermagem nas atividades evidencia aspectos cotidianos na vida do psicótico, que tem relação com seu âmbito espiritual, estância não adoecida em relação ao biopsíquico. As categorias- potencialidades, relações interpessoais e adoecimento mental, foram as que mais exigiam uma abordagem para o cuidado. Conclui-se que a Logoterapia é um referencial adequado para o cuidado a pacientes psicóticos, pois oferece meios para interpretar e intervir nas situações de cuidado. Por meio desse tipo de abordagem o enfermeiro pode criar cada vez mais possibilidades para levantar questões, elaborar estratégias, descobrir métodos, modificar sentidos e entender ainda mais o paciente psicótico, a fim de incrementar cada vez mais sua prática em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidados de Enfermagem; Transtornos Psicóticos.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, o componente relacionado às doenças mentais tem seu destaque quando nos apropriamos da definição oferecida pela Organização Mundial da Saúde. Ao referenciar a área da Enfermagem na perspectiva da saúde mental, encontramos uma relação

direta ao gerenciamento que o indivíduo faz de seus próprios pensamentos, emoções e comportamentos, fatores sociais, culturais, econômicos ou mesmo políticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022; TOWNSEND, MORGAN, 2022).

Diante dos problemas vivenciados na saúde mental é importante que os profissionais envolvidos com o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico busquem estratégias que auxiliem no cuidado, tornando o paciente, agente de suas ações, tendo em vista que estas estratégias podem ser muito significativas para sua melhora.

As psicoses são transtornos mentais graves e persistentes, caracterizados por distúrbios do pensamento, percepção e emoções, restringindo-se basicamente à presença de delírios, alucinações, sintomas negativos, discurso e comportamento desorganizado ou catatônico, aliados à falta de insight, ou seja, a nulidade de percepção crítica da doença pelo próprio paciente. Por conta de tantos agravantes que a doença psicótica traz ao sujeito, evidencia-se nesse público possibilidades para que a equipe de Enfermagem possa buscar estratégias que melhorem o cuidado a essa clientela (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O indivíduo estando em destaque participa de estratégias oferecidas pela Enfermagem e se apresenta de modo a contribuir com opiniões, visões de mundo, experiências próprias que dotam seu sentido de vida. Para tanto, a Enfermagem necessita buscar meios para interpretar o diálogo eu-tu que o sujeito psicótico oferece em tais estratégias. Quando nos relacionamos ao público em destaque e este apresenta episódios, elementos de fala ou até mesmo elementos visuais que representem o sentido de suas vidas, necessitaremos de um referencial teórico específico como meio de interpretação: a Logoterapia.

Apresentada por Viktor Frankl, a Logoterapia propõe o paradigma da busca pelo sentido da vida, sem se resumir somente a isso. Traz em seu componente teórico a visão de que o homem se apresenta como corpo, mente e espírito, tendo em vista que o último é de suma importância, pois se apresenta como elemento transcendente no ser ôntico, mostrando-lhe o sentido de forma clara. Isso vai de encontro a diversas visões históricas desde pontos da Fenomenologia clássica até escolas freudianas e adlerianas (FRANKL, 2008)

Associando o diálogo sobre o paciente com psicose e a Logoterapia encontramos alguns pontos a considerar. Destacamos a passividade existencial. Nas psicoses, Frankl observa que o paciente pode se transformar num mero “objeto” dos atos intencionados de outras pessoas. Ou seja, de forma prática o paciente não se demonstra como aquele que atua. Por não ter percepção de si mesmo, tentando se adequar a isso, o paciente tem uma visão forçada de si mesmo e acaba causando uma despersonalização do eu no psicótico. Essa “hipotonia” da consciência e a

despersonalização são os dois pesos da balança para o paciente que tem alguma psicose. Isso afeta diversos aspectos na existência do psicótico, incluindo, por exemplo, o seu ser-responsável (FRANKL, 2011; GARCÍA-ALANDETE, 2015).

A busca pelo espírito do paciente psicótico torna-se um objetivo essencial para a Enfermagem, pois é o elemento que não sofre danos, segundo a visão logoterapêutica. A doença afeta o elemento corporal e psíquico, mas não o espiritual, ou noético, em Logoterapia. Este elemento noético é o que transcende o homem em sua essência das mais diversas formas: na arte; na música; na forma de diálogo verbal; na interação dada pelo eu-tu do paciente na família, com a sociedade ou com os profissionais de saúde (FRANKL, 2008).

Assim, o objetivo do trabalho é analisar como a Logoterapia utilizada pela equipe de Enfermagem interpreta conteúdos oferecidos por pacientes psicóticos, de forma que constituam referência para o seu cuidado.

2. METODOLOGIA

Utilizou-se da pesquisa-cuidado, numa abordagem qualitativa, cuja matéria-prima da pesquisa baseou-se em conceitos como experiência, vivência, senso comum e ação, sendo analisados através de ações do compreender, do interpretar e do dialetizar. A pesquisa-cuidado traz um modelo metodológico que se alia à profissão do enfermeiro, utilizando todo o potencial desse profissional, tanto em caráter de teoria, pesquisa e cuidado (NEVES, 2006; MINAYO, COSTA, 2019).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de referência em saúde mental da cidade de Fortaleza, mais especificamente no hospital-dia dessa instituição, com caráter de semi-internação e tendo capacidade para até 30 usuários. Ele se destina a atender pessoas portadoras de transtornos mentais que não estejam em episódio de crise. Além disso, contem equipe multidisciplinar com o intuito de reinserir o usuário na sociedade e de reduzir o número de internações do mesmo.

Em média participaram nas atividades propostas pelo serviço, 15 pacientes, considerando que havia variação na demanda, pois alguns não compareciam. A definição do número de participantes se deu pelo conceito de amostragem por saturação, ferramenta empregada em estudos qualitativos que define o número de sujeitos que participarão da pesquisa a partir da interrupção da captação de novos componentes, quando passam a se apresentar repetição ou redundância nos dados obtidos (FONTANELLA, RICAS, E TURATO, 2008; FONTANELLA, *et al.*, 2011).

Como instrumento de coleta utilizou-se registro em diário de campo para a descrição detalhada de tudo que foi realizado, vivido e analisado, nas três atividades grupais desenvolvidas no hospital-dia, aliado à observação participante com roteiro de observação.

A utilização das duas técnicas tornou-se importante para o estudo pelo fato de que ao mesmo tempo em que se houve a promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual os mesmos vivem, pode-se registrar impressões sobre o cotidiano desses, atentando para o fato de que aquilo que se anotou foi utilizado como dado científico em algum ponto da pesquisa. (CACHADO, 2021).

Além disso, foram utilizadas gravações em áudio e vídeo dos diálogos realizados em estratégias de grupo terapêutico, assim como arquivos em imagens como forma de definir conteúdos verbais e visuais apresentados pelos pacientes, que posteriormente foram interpretados pelo referencial teórico da Logoterapia.

Para a organização dos resultados, o referencial teórico utilizado foi de Joyce Travelbee, denominado Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa. Nessa teoria de Enfermagem destacam-se conceitos básicos e inter-relacionados que tratam basicamente da relação entre o enfermeiro e paciente, e a operacionalização da análise dessa relação- síntese, avaliação e intervenções. Baseia-se em cinco etapas: transcrição dos dados empíricos, interpretação dos dados transcritos, aplicação de conceitos, análise e síntese (TRAVELBEE, 2010).

O presente estudo seguiu todos os procedimentos éticos de pesquisa e não implicaram em qualquer risco físico, psicológico ou moral ou prejuízo aos indivíduos participantes. Além disso, o estudo cumpriu a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que dita às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme cada estratégia realizada. Em cada uma delas haverá uma breve explanação de como se realizou, seguida da exposição do conteúdo expresso pelos pacientes.

- **1º Encontro - Elaboração de Crachás**

Foi proposta a elaboração de crachás, com intuito de identificação, pelos pacientes numa sala de terapia ocupacional, e logo após a apresentação de si para o grupo através daquele objeto. Em um segundo momento, na forma de grupo terapêutico, todos formaram um círculo no caramanchão.

Detalhe importante sobre a apresentação é o fato de que os pacientes eram livres para elaborar seus crachás da forma que os conviesse. Sendo assim, quando em grupo, cada um explicaria o porquê de ter feito certo desenho ou frase, por exemplo, no seu crachá.

As falas sobre si foram as mais diversas quando da apresentação e se referiram a alguns aspectos que envolviam a personalidade de cada paciente.

Religiosidade

“(…) as coisas só acontecem quando Deus quer”.

Adoecimento

“Eu trabalhava até a doença ‘me pegar’”.

Atividades realizadas como *hobbies*

“(…) adoro músicas e fazer amizades”.

Aspectos relacionados à empatia

“Eu adoro conversar e acho importante fazer sempre pelo próximo”.

• **2º Encontro - Atividade com Massas de Modelar**

Todos os participantes se dispuseram nas mesas da sala de terapia ocupacional e receberam pedaços de massa de modelar. Ao recebê-las muitos dos participantes já tentaram fazer algumas formas com as massinhas, faziam esferas ou formavam alguns rolinhos, mesmo antes de qualquer estímulo enquanto outros nem sequer tocavam nas massinhas. Assim, com todos tendo um pedaço os estímulos seriam realizados pela facilitadora.

Todos foram instruídos a manter os olhos fechados e num primeiro momento deveriam acariciar as massinhas. O segundo momento foi justamente o inverso: passar sua raiva para a massinha. Num terceiro momento todos deveriam utilizar a massinha para mostrar algo de importante que traria a solução para seus problemas.

Após isso todos se dirigiram de volta ao caramanchão, onde iriam falar sobre o que formaram com a massinha no terceiro momento. A seguir, veremos alguns aspectos da vida dos pacientes se evidenciaram e seus respectivos depoimentos ou diálogos.

Medicações

Paciente: “Não sei nem dizer o que eu fiz aqui. Foram umas bolinhas.”

Facilitador: “Por que você fez as bolinhas?”

Paciente: “Minha vida é feito umas bolinhas.”

Facilitador: “Por quê? O que as bolinhas são?”

Paciente: “Nem sei dizer. Eu quero falar, mas não falo não. Servem de saúde pra gente. Pronto.”

Facilitador: “Elas tem cores?”

Paciente: “Sim. São amarelas.”

Família

“Fiz meus dois filhos. Aqui sou eu e eles. Aí eu queria ficar com eles porque eu quero muito bem. Às vezes eles estão lá em casa e antes deles irem embora eu já estou chorando, com medo dele não voltar. Minha irmã fala: ‘Tu quer ver teus filhos chorando? Se você chorar, eles vão chorar também.’ Fica tudo acumulado.”

“Fiz meu filho, mas ele não é feio desse jeito não. Ele é tudo pra mim. Moro só, mas sempre vejo ele. Conversa comigo, me beija, me abraça. Tenho dois homens e uma mulher. Eles vão na minha casa todo dia.”

- **3º Encontro - “Qual é o meu Talento?”**

Essa atividade visou trazer à tona as potencialidades de cada participante do grupo. Um grande mural em papel madeira foi trazido com a pergunta citada. Cada um procuraria figuras em revistas ou desenhos, escreveria algo que respondesse à questão. Todos se dirigiram à sala de terapia ocupacional para a realização da atividade. Seguindo esse processo, os pacientes se reuniram em grupo terapêutico e expuseram seus talentos.

Música

“Eu gosto de escutar música romântica. Me identifico com essas músicas”.

“Cantar. Eu gosto de decorar as músicas e cantar”.

“O que eu mais gosto de fazer em casa é cantar”.

Dotes culinários

“Cozinhar. Cozinho na minha casa pra minha família.”

“O que eu sei mais cozinhar: arroz, feijão, macarrão...”

4. DISCUSSÃO

No início houve um primeiro contato que serviu para estimular no paciente psicótico uma busca pelo conhecimento do eu. Terapeuticamente falando, a Logoterapia tem como objetivo a “educação para a responsabilidade”. Porém essa finalidade terapêutica, ou seja, essa meta além do “eu” pode demandar tempo. Inicialmente o autoconhecimento é necessário, para depois um “trato consigo” feito pelo próprio paciente. Na elaboração dos crachás esse processo inicial se deu na forma de quatro pontos principais: religiosidade, adoecimento, *hobbies* e empatia (LUKAS, 2005).

A religiosidade para a Logoterapia é como uma manifestação do tu de Deus, transcendente no âmbito espiritual do sujeito. Jamais poderia a consciência construir uma palavra autoritária em si, se não fosse a palavra referente ao tu de Deus. Segundo o discurso dos pacientes, se percebeu justamente essa transcendência na psicose. Apesar da doença se mostrar presente em aspectos corporais ou psíquicos, o espiritual demonstrado na religião continua intacto, promovendo conforto, acolhimento e sentimento de pertença (FRANKL, 2010).

Um discurso de passividade bem presente se deu quando houve referências ao adoecimento. Frankl descreve esse aspecto de forma clara no psicótico. Usando uma analogia ele diz que o psicótico se vê através da lente de uma câmera, porém ele não tem consciência de ver a si próprio, mas de que está sendo observado. Torna-se assim como um “objeto” dos atos intencionados de outras pessoas (FRANKL, 2011).

Portanto, compreendendo isso, a equipe de Enfermagem deve procurar meios para tornar o paciente psicótico ativo, participante e capaz de observar suas ações, sendo crítico e decisivo a respeito delas. Em contrapartida, alguns outros pacientes mostraram ter uma busca de sentido através de seu discurso, por meio da música e da procura por amizades como *hobbies*. Isso mostra à Enfermagem o potencial advindo do caráter espiritual no psicótico e um meio a ser reforçado nesse indivíduo (FRANKL, 2010).

Assim como a busca por *hobbies*, a empatia se fez presente nos discursos. E como a empatia supõe que o indivíduo se coloque no lugar do outro, isso demonstrou um ponto central a ser observado pela equipe de Enfermagem: a autotranscendência. Esse conceito logoterápico mostra em certos pontos de sua definição ao profissional de Enfermagem, que o paciente psicótico pode transcender sua condição de doença e se mostrar complacente a tomar atitudes por si e até mesmo por outros indivíduos (LUKAS, 2012).

A estratégia utilizando as massas de modelar os pontos fortes nos discursos foram relativos ao uso das medicações ou ainda à família como meios de solução para os problemas da vida.

As “bolinhas” foram o meio pelo qual se representaram os comprimidos que se tomam diariamente. Para a paciente, portanto, eles tornaram-se a solução central para resolver seus problemas. Isso é reflexo de como a preocupação com o psicofísico do homem ainda é presente no cuidado com o paciente psicótico e acaba por lhe trazer a imagem mecanicista aliada a um grande estigma nessa relação com o serviço de saúde.

É importante ressaltar que a Logoterapia nos traz que o homem defrontando-se com o seu destino biológico, logo surgem questões relacionadas à sua liberdade em face desse fato estritamente orgânico. Porém, mesmo em casos em que o fisiológico anda lado a lado com o psíquico isso não traz uma condição inalterável, pois na verdade a partir desse ponto a configuração que se pode fazer do “destino definitivo” é livre, até mesmo para o psicótico. Cabe à Enfermagem servir de guia nessa configuração que o paciente fará de seu destino e não tornar o cuidado limitado ao destino biológico através de uma terapia medicamentosa explicitada em destaque no cotidiano do paciente psicótico (FRANKL, 2011).

Em relação à família, vemos que a literatura traz a relação do paciente psicótico com esse eixo de forma bem recorrente. Estudos mostram, por exemplo, que quando esses pacientes não estão sozinhos a companhia mais presente são os parentes mais próximos, como os pais ou filhos. Pacientes com psicose que tem contato permanente com seus filhos tem um fator terapêutico a seu favor (APARECIDO, SILVA, 2020; SILVA, SOUSA, SOUSA, FOGAÇA, 2022).

Em Logoterapia o indivíduo que está rodeado pelo amor dos seus familiares representa o objeto do mesmo, sendo isso bastante para se ter um sentido na vida mesmo que passivamente. Além disso, os familiares como fonte de amor para o paciente psicótico são vistos logoterapeuticamente como o ponto de apoio para este buscar potencialidades, pois através disso ele possui um meio conscientizador para poder vir a ser o que quiser (FRANKL, 2008; 2011)

Em relação aos talentos evidenciamos a música na forma do cantar, além dos talentos culinários. A música se mostrou muito presente na vida dos pacientes. Para alguns deles a observação a se destacar foi de que a música funciona como um meio de identificação própria, tornando-se algo próprio da vivência do paciente. Portanto, valores vivenciais podem surgir através da música, um fazer que o eu acolhe de forma passiva, mas que influencia significativamente para a busca de sentido (MARTINS, QUADROS, 2021).

O ato de cozinhar, diferente da música que nos aparece como um valor vivencial surge obrigatoriamente como um valor criativo. Os valores criativos são aqueles que fazem com que o sujeito preencha o lugar em que se acha inserido. Isso surgiu quando se falou em cozinhar para a família, por exemplo, mostrando que o paciente está cumprindo um papel naquele meio (FRANKL, 2011).

O talento de cada um acarreta valores significativos para a vida, sejam eles vivenciais ou criativos. Para o psicótico isso se torna ainda mais importante, pois ele está em face de um destino psicofísico, em relação à doença. Esse fato destaca que ele tem ainda mais potencial, por

que terá que mudar a si mesmo. O grande problema é que o este recebe pouca oportunidade de ter orgulho do seu sofrimento e de considerá-lo enobrecedor ao invés de degradante, aspecto que deve ser levado em questão quando a Enfermagem estiver atuando com esse público (FRANKL, 2008).

5. CONCLUSÕES

A busca por referenciais teóricos que complementem ainda mais a prática da Enfermagem em Saúde Mental é justificável basicamente porque são profissionais diferenciados dos demais em termos técnicos: sua visão deve ser diferenciada, seu cuidado especial e sua busca por estratégias cada vez mais específica.

Percebemos que quando aliamos a Enfermagem à Logoterapia em estratégias grupais temos resultados que evidenciam a busca de sentido pelo homem. No psicótico isso se torna ainda mais claro, pois este apresenta um caráter de sofrimento específico e, portanto, um potencial para mudanças ainda maior, nele a autotranscendência torna-se um desafio diário.

Através da observação das sessões grupais percebeu-se que aspectos que envolvem o cotidiano, do convívio em família até o simples ato de escutar uma música se mostraram valorativos àqueles pacientes. Esses pontos mostram o quanto a vertente transcendente do espírito continua intacta, apesar do biopsíquico estar significativamente afetado.

Observando as três estratégias destacadas, concluímos que a Logoterapia traz à Enfermagem complemento essencial à interpretação e assistência aos pacientes em condição de psicose. Definir os aspectos evidenciados em cada discurso e utilizar dessa teoria para descobrir o que há além de aspectos relacionados à doença destaca que o aspecto espiritual deve ser referência ao cuidado no psicótico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V-TR**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre, Brasil: Artmed. 2014.

APARECIDO, G. A.; SILVA, D. A. da. People with schizophrenia: perception about discrimination and stigma. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. e78932444, 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

CACHADO, R. Diário de campo: um primo diferente na família das ciências sociais. **Sociol. Antropol.** Rio de Janeiro, v.11, n. 02: 2021. p.551–72.

FONTANELLA, B. J. B., LUCHESI, B. M., SAIDEL, M. G. B., RICAS, J.,TURATO, E. R., E MELO, D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**. v. 27, n.2, 2011, p.389-94.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J., E TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.1, 2008. p.17-27.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes. 2010

_____. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes. 2008

_____. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo, Brasil: Quadrante. 2011

GARCÍA-ALANDETE, J. Does meaning in life predict psychological well-being? **The European Journal of Counselling Psychology**,3(2), 2015, 89-98.

LUKAS, E. **Histórias que curam: porque dão sentido a vida**. São Paulo, Brasil: Verus. 2005.

MARTINS, H. P., QUADROS, L. C. T. A música como agente terapêutico no tratamento da Doença de Alzheimer. **Psicol. Pesqui.** v.15, n.1, 2021, p.1-22.

_____. **Psicologia Espiritual**. São Paulo, Brasil: Paulus. 2012.

MINAYO M.C.S., COSTA, A.P. **Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação**. Aveiro: Ludomedia; 2019.

NEVES, E. P., E ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v.11, n.1, 2006, p.73-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plan de Acción Sobre SaludMental 2022-2024**. Genebra, Suíça. 2022.

SILVA, P. F., SOUSA, H. W, O., SOUSA, L. C., FOGAÇA, F. F.S. Esquizofrenia: aspectos etiológicos, fatores de risco associados e os impactos na educação de ensino superior. **Revista Humanidades e Inovação**. v.9, n.08. 2022. p.242-50.

TRAVELBEE J. **Interpersonal aspects of nursing**. Philadelphia, EUA: F.A. Davis Co. 2010.

TOWNSEN, M., MORGAN, K. **Enfermagem Psiquiatria: conceito de cuidado e prática baseada em evidência**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Capítulo III

10 ANOS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO (SAD-HSM): RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-3

Sandra Lucia Diniz Ibiapina ¹
Raimundo Adriano Lopes do Nascimento Júnior ²
Ana Jeceline Pedrosa Tavares ³
Antônia Célia Pinheiro Monroe ⁴
Silvia Régia Jathay Cavalcante Mota ⁵
Cíntia Raquel da Silva Castro ⁶

¹Assistente Social - Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Psicólogo - Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela UNIQ - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Médica psiquiatra pela Fundação de Saúde do Estado do Ceará - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Enfermeira - Especialista em Administração Hospitalar pela UNAERP - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Terapeuta Ocupacional; Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁶ Assistente Social - Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

Email: sandraludiniz@gmail.com.

RESUMO

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD-HSM) surgiu no ano de 2013 como um programa do Ministério da Saúde chamado Melhor em Casa, tratando-se de uma prática inovadora que favorece a desospitalização e assegura assistência adequada aos pacientes. A atenção domiciliar surge para fortalecer o tratamento em saúde mental, sendo uma nova tendência de atendimento às necessidades da população brasileira que precisa de tratamento integral. Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi dialogar sobre a importância da existência de um serviço de atenção domiciliar em um hospital de saúde mental. A desospitalização dos pacientes com transtornos mentais é o maior motivo do esforço da equipe interdisciplinar em implantar esse novo serviço no campo da saúde mental. O serviço está completando 10 anos de existência. Assim, pretende-se divulgar o trabalho do SAD-HSM, baseando-se na finalidade do serviço e no trabalho realizado pela equipe multiprofissional. Trata-se de um relato de experiência de uma equipe interdisciplinar com pacientes que apresentam transtornos mentais e histórico de inúmeras reinternações psiquiátricas. O formato do relato de experiência foi escolhido por permitir a realização de um trabalho que aborde as ações a partir de uma perspectiva reflexiva das vivências profissionais. Constatamos que o sucesso no tratamento está muito associado ao compromisso do responsável ou cuidador. As atividades do SAD permitem o estabelecimento de vínculo entre paciente/família/equipe. Existe interesse em receber os cuidados em casa, a medicação e orientações da equipe. A metodologia de trabalho facilita o processo nas intervenções de futuras crises. O fator mais relevante para eficácia do tratamento é o suporte familiar, com adesão às medicações, participações nas reuniões com equipe e na prevenção da crise. Ressaltamos que o Serviço de Atendimento Domiciliar em hospital de saúde mental é adequado, viável e exequível.

Palavras-chave: Atendimento Domiciliar; Transtorno Mental; Equipe Multidisciplinar.

1. INTRODUÇÃO

Inspirado no serviço Melhor em Casa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) já existente em algumas instituições clínicas, o Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (SAD-HSM), localizado em Fortaleza- Ceará, funciona como uma extensão do hospital. Caracteriza-se como uma prática inovadora que favorece a desospitalização e assegura assistência adequada aos pacientes com transtorno mental fora do ambiente hospitalar. O SAD-HSM destina-se a atender pessoas com transtornos mentais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com demanda por serviços de natureza terciária, reduzindo a demanda por internação hospitalar desses pacientes.

O SAD-HSM segue a Portaria nº 963/2013 GM/MS que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. A referida portaria prescreve que essa nova modalidade de atenção deve se caracterizar por um conjunto de ações prestadas em domicílio. Essas ações são relativas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma contínua e integrada às redes de atenção à saúde.

Além da estratégia de otimização dos leitos hospitalares, o Serviço de Atenção Domiciliar proporciona um atendimento mais humanizado aos pacientes e familiares, favorecendo uma melhora significativa. O SAD-HSM também promove atenção individualizada, maior participação da família, melhora da autoestima, além de permitir ao paciente que ele se sinta, literalmente, em casa. Na perspectiva de dar respostas mais efetivas de atendimento às pessoas com transtornos mentais, melhorar sua qualidade de vida e sua autonomia, nosso atendimento domiciliar com equipe multiprofissional está prevenindo as internações e reinternações, controlando as medicações, conscientizando e orientando paciente e família sobre o transtorno mental.

A equipe é composta por médico psiquiatra, enfermeira, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. A assistência domiciliar tem por princípio o respeito à família em seu espaço social, especialmente no que concerne a dinâmica de suas relações, promovendo uma abordagem integral da pessoa, considerando seu contexto socioeconômico e cultural. O SAD-HSM também capacita o cuidador/familiar nas realizações dos cuidados para com o paciente, possibilitando bem-estar social no domicílio.

O impacto do SAD-HSM pode ser observado nos benefícios à população assistida, principalmente pela promoção da acessibilidade a uma equipe especializada em saúde mental. O atendimento passa a ser personalizado e passa-se a ter uma equipe multiprofissional atendendo o paciente em sua própria casa, reduzindo os custos de atendimento e evitando

gastos desnecessários com pronto atendimento e consultas de urgência. Além disso, ocorre a diminuição das filas de espera por pronto atendimento psiquiátrico no SUS. O atendimento domiciliar garante qualidade de vida e humanização do atendimento com participação de familiares no cuidado.

No ano de 2023 o SAD-HSM completa 10 anos. Considerando essa importante data para o serviço, construiu-se o presente trabalho com o objetivo de dialogar sobre a importância da existência do SAD no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Assim, pretende-se divulgar o trabalho do SAD-HSM, baseando-se nas finalidades do serviço e no trabalho realizado pela equipe multiprofissional.

2. METODOLOGIA

O presente artigo caracteriza-se como um trabalho de natureza qualitativa por voltar-se para a apreensão de uma realidade que não pode ser definida numericamente (MINAYO, 2002). O percurso da escrita estrutura-se a partir das vivências e experiências de profissionais que atuam no SAD-HSM, relatando suas contribuições para o serviço e a importância do mesmo para os pacientes atendidos.

O formato do relato de experiência foi escolhido por permitir a realização de um trabalho que aborde as ações a partir de uma perspectiva reflexiva das vivências profissionais. Utilizou-se assim a Sistematização da Experiência (HOLLIDAY, 2007) como forma de organizar o modelo de relato. Esse método propõe a ordenação, reconstrução e interpretação de uma ou muitas experiências, como forma de refletir sobre como e porque essas determinadas ações acontecem. Assim, será possível que cada categoria profissional que atua no SAD-HSM compartilhe suas ações profissionais dialogando com os objetivos e finalidades do serviço.

A equipe do SAD-HSM é composta por 1 Psiquiatra, 1 Enfermeira, 1 Psicólogo, 1 Assistente Social, 1 Terapeuta Ocupacional e profissionais de apoio (Dentista, Farmacêutico, Nutricionista, Motorista, Técnico de Enfermagem e Fisioterapeuta). Cada profissional faz intervenções em sua área, avaliando sempre a capacidade do paciente de permanecer em casa, isto é, internação em hospital somente em último caso. Após cada atendimento são realizadas discussões e propostas de Plano Terapêutico Singular (PTS) intervencionais não medicamentosos e medicamentosos. Como forma de ordenar o relato, dividiu-se a experiência de cada categoria em diferentes tópicos. Desse modo, é possível visualizar as perspectivas e funcionalidades de cada profissional dentro do SAD-HSM.

3. RELATOS SOBRE UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR

- O SAD-HSM tem como finalidades centrais:
- Assistir ao paciente em seu domicílio através de práticas educativas e assistenciais, orientadas por uma equipe multiprofissional;
- Retardar as complicações das patologias crônicas;
- Contribuir para reinserção sociofamiliar dos pacientes com transtornos mentais;
- Promover a desospitalização dos pacientes crônicos;
- Prevenir internações frequentes;
- Orientar no manejo das medicações;
- Estimular nas atividades diárias;
- Capacitar o cuidador/familiar na realização dos cuidados com o paciente, dando suporte a suas necessidades;
- Estabelecer e pactuar os fluxos com a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

A partir dessas finalidades, podemos dizer que existe um compromisso entre o SAD e o cuidador/familiar. A atenção domiciliar surge para fortalecer o tratamento em saúde mental, sendo uma nova tendência de atendimento às necessidades da população brasileira que precisa de tratamento integral. A desospitalização dos pacientes com transtornos mentais é o maior motivo do esforço da equipe interdisciplinar em implantar esse novo serviço no campo da saúde mental.

Assim, concordando com Coimbra (2000, p.56), entende-se por interdisciplinaridade não somente o diálogo entre saberes, mas o vínculo de um saber com o outro, “ou dos saberes entre si, numa sorte de complementaridade, de cumplicidade solidária, em função da realidade estudada e conhecida”. A equipe composta por várias categorias profissionais do SAD-HSM atua em caráter interdisciplinar, através da discussão de casos, troca de experiências, ações pensadas conjuntamente e construção do PTS (Plano Terapêutico Singular). Pensando na melhor forma de expôr as ações de cada integrante da equipe, categorizamos em tópicos distintos a atuação de cada profissional no serviço.

3.1. Enfermagem

A Enfermagem inicia o atendimento no SAD com uma boa acolhida procurando ouvir o paciente e seu familiar cuidador. Realiza anamnese da doença atual e, neste momento, firma o compromisso dos cuidados buscando a corresponsabilização das famílias. Também analisa o

ambiente familiar para manter uma interação com cada membro e eleger um cuidador adequado para conscientizá-lo sobre a importância do seguimento do tratamento. Realiza-se orientação ao paciente e ao mesmo tempo treina-se o familiar/cuidador criando vínculo. Além disso, a enfermagem elabora continuamente planos de cuidados: ensinando como acondicionar as medicações, orientando os horários, verificando o prazo de validade e embalagens violadas; administrando a medicação oral e injetável; aferindo os sinais vitais e verificando glicemia; realizando trocas de curativo, se necessário; orientando a execução e manutenção da higiene pessoal; incentivando a alimentação saudável e lazer e alertando sobre a importância do sono.

3.2. Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional no SAD-HSM tem como finalidade acompanhar o paciente dando suporte para que ele se capacite a retomar suas atividades diárias, devido a perda de sua capacidade de autonomia e independência, que também compromete a parte social e laboral. Por isso, a Terapia Ocupacional dentro do SAD procura organizar, facilitar e orientar o paciente, elaborando um cronograma de atividades diárias junto ao paciente, com apoio de seus familiares para a sua execução. Esse cronograma também pode ser sugerido pela Terapeuta Ocupacional, após avaliação, indicando a participação dos programas existentes na comunidade conforme sua singularidade. Com isso proporciona-se ao paciente o retorno da sua autoestima, autocontrole e autoconfiança, fortalecendo o paciente para lidar com sua incapacidade física, mental e cognitiva tornando-se independente dentro de suas limitações, se tornando produtivo e participativo na família e sociedade.

3.3. Serviço Social

Uma das principais funções da Assistente Social dentro do SAD-HSM é atuar junto a equipe multiprofissional e intervir em conflitos mediando situações que possam levar a algum tipo de desgaste entre paciente/família e a equipe que o atende, bem como na identificação de negligência do familiar nos cuidados ao paciente. Além disso, é a assistente social que identifica as questões da expressão social, promove orientações e encaminhamentos sobre os direitos sociais dos pacientes, contribuindo para o fortalecimento e empoderamento dos pacientes/famílias em sua cidadania.

A assistente social é um dos primeiros profissionais a manter contato com a família/paciente e a analisar todo o contexto sociofamiliar em que o paciente está inserido, objetivando a participação da equipe multiprofissional no processo do cuidado e no

estabelecimento da corresponsabilização do familiar/paciente neste processo. A Assistente Social no SAD utiliza vários instrumentos para sua atuação no atendimento domiciliar como: instrumental de acolhimento; observação; entrevista; escuta qualificada; visita domiciliar; relatório social, registro de acompanhamento; reunião com familiares e equipe; estudo de caso e PTS.

3.4. Psiquiatria

Atender o paciente em sua casa é desafiador. É aprender além dos livros. No SAD, a psiquiatria atende na modalidade AD1, em que os pacientes necessitam de cuidados de menor complexidade e com menor necessidade de recursos de saúde. Não são dependentes de equipamentos de monitoramento e sustentação da vida. Em casa, nunca é somente o paciente em atendimento, a família/cuidador está adoecida, precisa de atenção. É necessário fazer o vínculo e obter corresponsabilidade para o tratamento ser eficaz. A maioria tem diagnóstico de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar que necessitam aceitar sua doença e fazer uso contínuo de sua medicação. Tem muitas internações anteriores pela falta de adesão ao tratamento, portanto, é necessário fazer a proposta de usar medicação injetável- haldol decanato com seguimento mensal. Há comorbidades como ansiedade, uso de substâncias ilícitas, diabetes e hipertensão. A psiquiatra também faz urgência injetável se for necessário. A alta acontece no momento que o paciente estiver clinicamente estável e em condições de acompanhamento na rede de saúde.

3.5. Psicologia

No SAD-HSM, o psicólogo atua junto à Equipe Multiprofissional do serviço realizando atendimento interdisciplinar, avaliando as demandas que estejam causando sofrimento psíquico dos pacientes com transtorno mental. É papel do psicólogo promover o cuidado humanizado e acolhedor, possibilitando o desenvolvimento de vínculos, tanto com usuários e familiares, quanto com a equipe de saúde. No atendimento domiciliar, é realizada escuta qualificada individual ao paciente e cuidador avaliando contexto de sofrimento e, conforme a demanda solicitada pela equipe, verifica-se a gravidade e necessidade de acompanhamento psicológico com objetivo de melhor manejo da crise. Atua-se além da compreensão e alívio dos sintomas psíquicos, pois realiza-se encaminhamentos para outros serviços de psicologia gratuitos que possam dar suporte psicológico tanto ao cuidador/familiar ou ao paciente. Auxiliamos os profissionais no manejo desses pacientes. Além disso, o psicólogo elabora junto

à equipe o Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos pacientes, nas reuniões periódicas de equipe e com familiares. O suporte da rede de saúde do município é falho, gerando frustrações, conflitos e sentimento de impotência dos profissionais e usuários para um cuidado integral e a sequência do tratamento. O psicólogo no SAD tem um grande potencial nas equipes por suas mediações entre usuários, família, comunidade e equipes de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que o trabalho do SAD-HSM com o paciente/familiar é construído a cada atendimento. Trata-se de um processo onde obtemos sucesso em alguns casos e outros apresentam mais resistências, necessitando de uma intervenção incisiva, intensificando a frequência dos atendimentos domiciliares. Diante disso, seguindo a tendência já em curso e por meio de programas como o “Melhor em Casa”, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, foi implantado em 2013 o Programa de Atenção Domiciliar no HSM, hoje Serviço de Atenção Domiciliar, considerado uma estratégia para diminuir as reinternações e promover a desospitalização.

As atividades do SAD permitem o estabelecimento de vínculo entre paciente/família/equipe. A metodologia de trabalho facilita o processo nas intervenções de futuras crises. O fator mais relevante para eficácia do tratamento do paciente é o suporte familiar, adesão medicamentosa e participação em reuniões com a equipe. Podemos destacar como fragilidades do SAD-HSM o fato de ter somente uma equipe, a carga horária ser reduzida e ter apenas um transporte compartilhado com outros setores do hospital, questão que muitas vezes impossibilita e atrasa os atendimentos. Desta forma, deixamos a sugestão de que melhorias precisam acontecer para que o SAD-HSM realize seu trabalho de forma mais efetiva e abrangente. Ressaltamos que o Serviço de Atenção Domiciliar é adequado, viável e exequível para um hospital de saúde mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 28 maio 2013. p30. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963-27-05-2013.html>.

COIMBRA, J.A.A. Considerações sobre a interdisciplinaridade. In: PHILIPPI JR, A. et al. *Interdisciplinaridade em ciências ambientais*. São Paulo: Signus Editora, 2000.

HOLLIDAY, O, J. *Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos*. CIDAC: Rio de Janeiro, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002

Capítulo IV

A TRAJETÓRIA DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL TERCIÁRIA NO ESTADO DO CEARÁ

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-4

Yzy Maria Rabelo Câmara ¹

¹ *Doctorado en Psicología Social.* Universidad Argentina John F. Kennedy.
E-mail: yzycamara@gmail.com.

RESUMO

Este artigo descreve o percurso histórico das instituições de saúde mental terciárias no estado do Ceará a partir de dados de levantamento bibliográfico e apresenta a trajetória de cuidados sanitários desde o Período Colonial, seguido da vinda da Família Real ao Brasil (que trouxe consigo valores higienistas bem acolhidos pela província que urgia por modernização e progresso), passando pelos ideários republicanos de eugenia para melhoramento das raças e institucionalização e posterior mercantilização da loucura, pelo crescimento de ideologias antimanicômias e extinção massiva dos hospitais psiquiátricos até o momento atual, quando o manicômio pautado no modelo hospitalocêntrico transformou e foi legitimado pela Rede de Atenção Psicossocial como importante recurso de retaguarda para as emergências psiquiátricas. A relevância desta pesquisa encontra-se em desestigmatizar conceitos deturpados pela visão anacrônica e leviana que têm sido perpetuados sem o filtro do saber, que aqui são tratados à luz de estudiosos na área, dentre os quais destacamos Câmara (2015; 2022; 2023); Câmara e Câmara (2023); Cunha (2013); Gimbo, Dimenstein e Leite (2019) e Sampaio (1988) – apenas para citar alguns. Concluimos que trabalhos como esse são impreteríveis para a desmistificação das instituições psiquiátricas pós-Reforma Psiquiátrica, mostrando e comprovando sua importância e a necessidade de sua continuidade.

Palavras-chave: Percurso Histórico. Saúde Mental. Hospitais Especializados.

1. O TRANSTORNO MENTAL NO CEARÁ DO PERÍODO COLONIAL E IMPERIAL

Durante o Período Colonial, em todo o território brasileiro, não houve uma pauta política voltada para a saúde da população, apenas serviços pontuais e, em caso de adoecimento, o sujeito era tratado por meio de saberes ancestrais e práticas de cura ou por profissional particular se fosse abastado. Quanto ao transtornado mental, restavam-lhe métodos invasivos com ventosas e sanguessugas, soluções eméticas e laxativas, entre outros, ou ficar relegado à própria sorte em um quarto isolado da casa. Para os indigentes, existia apenas a condição de vagar pelas ruas, conforme Câmara (2023).

Com a vinda da Família Real para o Brasil, o país começou a adotar, de forma mais amíde, valores e ideologias europeias e, com elas, o higienismo, que visou retirar da sociedade tudo o que ameaçasse o afã de progresso e modernidade burgueses: abrigos caritativos para os pobres, cadeias públicas para infratores, senzalas para os escravizados, manicômios para os

doentes mentais e cemitérios para os mortos, como apontam Sampaio (1988) e Gimbo, Dimenstein e Leite (2019).

Centrando no foco do escopo desta investigação, doravante, no estado do Ceará, em 12 de fevereiro de 1861, foi inaugurada a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (após 318 anos do surgimento desta instituição vicentina e filantrópica no Brasil) para acolher enfermos, idosos, órfãos, inválidos, mendigos e outros invisíveis sociais, mas especialmente foi construída para assistir os vulneráveis após as epidemias de malária e febre amarela, segundo Bleicher (2019). De acordo com Cunha (2013) e Câmara (2023), na segunda metade do século XIX, o estado que já passava por forte crise econômica com a perda de mercado para a exportação de algodão e para a comercialização do charque, foi assolado também por dura crise sanitária e estiagens severas como as secas de 1877 e 1879. Este último fenômeno foi o responsável maior pela decadência socioeconômica cearense.

Diante da realidade de extrema pobreza, levas de migrantes deixaram suas propriedades assoladas pelas catastróficas ausências de chuvas e foram em busca de oportunidades de trabalho e sobrevivência nas cidades mais prósperas, enfrentando jornadas de muitos quilômetros (quase sempre a pé) e levando consigo a família, poucos bens e animais. Com muita dor, esses sertanejos iam se despedindo dos entes queridos e dos amados animais, que não conseguiram suportar a grande penúria e feneceram ao longo do caminho. Mesmo com tanto sofrimento, levas de sobreviventes famintos, doentes e desempregados chegaram às cidades de forma desordenada, fazendo com que as populações locais rejeitassem suas presenças rompedoras do progresso e da ordem social à luz de Cunha (2013) e Gimbo, Dimenstein e Leite (2019).

As autoridades reagiram com rápidas e rígidas providências para barrar o aumento das doenças infectocontagiosas, da violência e da criminalidade, com a construção dos barracões de contenções dos flagelados em locais distantes das cidades, também chamados de campos de concentração, conforme afirmam Câmara e Câmara (2015), e com o aproveitamento da força de trabalho flagelada em obras públicas pagas com valores baixíssimos. Entre estas obras está o Asilo São Vicente de Paulo, que foi inaugurado no dia 1º de março de 1886 por Dom Pedro II, com fundos federais destinados às grandes secas, tornando-se o sétimo hospital psiquiátrico brasileiro (SAMPAIO, 1988) e surgido a partir da alta demanda de alienados da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, que não conseguia mais assistir a tantos vulneráveis sociais.

2. O DESPONTAR DO SÉCULO XX E A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL

Já no alvorecer do século XX, o Asilo São Vicente de Paulo¹ foi marcado por muitas dificuldades para lidar com o elevado número de enfermos mentais do Ceará e dos estados vizinhos. Como expõem Bleicher (2019) e Gimbo, Dimenstein e Leite (2019), somente em 1935 foi fundada a Casa de Saúde São Gerardo, o primeiro hospital privado do norte e nordeste do país, que tinha também convênio com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para os trabalhadores formais e seus dependentes.

A década de 1940 legitimou a construção de espaços asilares pelo Sistema Nacional de Doenças Mentais (SNDM), visto o sucesso que os Hospitais-Colônia estavam tendo, inspirados na Escola de Psiquiatria Francesa de Pinel e na Escola de Psiquiatria Alemã de Kraepelin, conforme Bleicher (2019). Seguindo a lógica de construção de manicômios, Cunha (2013) afirma que em 12 de novembro de 1948 foi inaugurada a Casa de Saúde Antônio de Pádua, instituição espírita e de natureza filantrópica. Neste mesmo ano, iniciaram-se as obras do hospital psiquiátrico público do Ceará, uma vez que o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) literalmente agonizava com a demanda incompatível com sua capacidade técnica e arquitetônica.

À luz de Sampaio (1988) e Câmara (2022), em 28 de março de 1963, com apenas 40% de sua capacidade planejada, foi inaugurada a penúltima instituição psiquiátrica pública do Brasil: o Hospital Colônia dos Psicopatas, que levou quinze anos para ser construído devido às interrupções das obras por falta de interesses políticos e recursos. Assumindo, a princípio, a vocação colonial, albergou pocilga, granja, horta, engenho de açúcar e casa de farinha, que tanto ocupava praxiterapeuticamente o tempo ocioso dos pacientes com prestação de serviços agrários domésticos, artesanais e religiosos, como auxiliava na autostentabilidade do hospital, que tinha grandes dificuldades financeiras.

Durante o IV Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, realizado na cidade de Fortaleza em 1965, a instituição passou a ser nomeada como Hospital de Saúde Mental de Messejana por Jurandir Manfredini (diretor do Serviço Nacional de Enfermidades Mentais), segundo Sampaio (1988), uma vez que o contexto mundial urgia pela ruptura da lógica manicomial. Em 2012 houve a última mudança no nome da instituição, durante a gestão do Dr. Marcelo Theophilo, passando a ser nomeado de Hospital de Saúde Mental Professor Frota

¹ Posteriormente denominado Hospital São Vicente de Paulo (HSVP).

Pinto (HSM), para honrar o notável e atuante psiquiatra Geraldo Frota Pinto, falecido em 2011 (CÂMARA, 2022).

3. O PERÍODO DITATORIAL E A ERA DE OURO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS

Pouco depois da inauguração do referido hospital público, o país vivenciou um governo ditatorial que, por sua vez, terceirizou a responsabilidade pela construção de hospitais psiquiátricos e firmou convênios com instituições públicas financiadas com os recursos da Previdência Social. Esse fenômeno provocou a Era de Ouro dos Hospitais Psiquiátricos ou Industrialização da Loucura, como advogam Câmara e Câmara (2023). Quanto à realidade cearense, conforme Sampaio (1988), o estado passou de quatro a dez hospitais especializados no o período de 1967 a 1974: os hospitais particulares Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano e Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), fundados no ano de 1967; a Casa de Repouso Nosso Lar (CRNL), de natureza filantrópica, mas com leitos particulares inclusos, inaugurada em 1968; e o Hospital Mira y López (HML), que era particular e foi inaugurado em 1969. Houve ainda a construção de dois hospitais privados no interior do estado, de acordo com Câmara (2023): a Casa de Saúde Santa Teresa, inaugurada em 1970, no Crato; e Casa de Saúde Guararapes, inaugurada em 1974, em Sobral. É lícito ainda referenciar o Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes (IPGSG), única instituição pública do estado do Ceará que atende ao público masculino demandante de hospital penitenciário, que foi inaugurado em 1968.

4. FECHAMENTO DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO CEARÁ

O financiamento descontrolável, por meio de convênios, das instituições psiquiátricas privadas, fez com que a Previdência Social entrasse em colapso financeiro, iniciado com a Crise do Petróleo e com o fim do “Milagre Brasileiro”. A partir de então, instituições manicomiais foram fenecendo lenta e agonicamente por não conseguirem mais suportar as amargas restrições econômicas e honrar os compromissos com credores e funcionários, tendo suas atividades restringidas gradativamente até a mais completa extinção. No Ceará, esta realidade se tornou concreta a partir do fechamento da Casa de Saúde Antônio de Pádua no início da década de 1990, à luz de Câmara (2023).

A Reforma Psiquiátrica se legitimou no Ceará com o fechamento de mais instituições que não conseguiram sobreviver à implantação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria) instaurado em 2002. O repasse extremamente inadequado de

verbas e as rigorosíssimas exigências impostas para que as mesmas pudessem ser avaliadas a contento fizeram com que tentassem, com muito custo, se adaptar. Não logrando êxito, foram gradativamente extintas unicamente por falta de recursos financeiros as seguintes instituições: Casa de Saúde São Gerardo (em 2007), Instituto de Psiquiatria do Ceará (em 2011), Casa de Saúde Dr. Suliano (em 2011), Hospital Mira y Lopez (em 2012) e Casa de Saúde Santa Teresa (em 2016), segundo Câmara (2023).

Apenas a Casa de Saúde Guararapes foi fechada devido a um sinistro ocorrido em 4 de outubro de 1999, quando o paciente Damião Ximenes Lopes foi vitimado por maus-tratos: tortura física e negligência profissional. Inconformada e querendo justiça, a família representada pela irmã deste, Irene Ximenes, foi em busca das autoridades locais, que se mostraram indiferentes (visto que o dono da instituição era parente próximo do prefeito local). Como propósito de vida, Irene levou este fato ao conhecimento de autoridades nacionais, ganhando notoriedade internacional, para somente ser dada a devida importância pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Secretaria de Saúde e Assistência Social e Sistema de Auditoria Municipal, Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará. O Caso Damião Ximenes foi a primeira condenação do Brasil na Organização das Nações Unidas, com a interdição imediata da instituição hospitalar em questão (BLEICHER, (2019); CÂMARA, 2023).

Câmara (2022) afirma que atualmente o Ceará possui apenas três instituições psiquiátricas para atender à alta demanda por serviços de atenção à saúde mental terciária dos seus 148 (cento e quarenta e oito) municípios: o filantrópico Hospital São Vicente de Paulo; o Hospital Nosso Lar, de natureza mista pública e conveniada-particular; e o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), público e que possui a única emergência psiquiátrica do Ceará, além de contar com serviços de enfermagem, hospitais-dia e ambulatorios, sendo também um centro formador de psiquiatras, de aperfeiçoamento acadêmico (por meio de estágios) e de profissionais (através da educação continuada). Em 2015, o HSM foi mais uma vez avaliado pela PNASH/Psiquiatria, sendo contemplado e elevado ao patamar de melhor hospital psiquiátrico do Brasil, por ter obtido a maior pontuação entre as 143 (cento e quarenta e três) instituições terciárias conveniadas pelo SUS, havendo o reconhecimento nacional deste rigoroso sistema de avaliação hospitalar.

Celebrar os **sessenta anos** de existência da instituição que foi Hospital Colônia dos Psicopatas, Hospital de Saúde Mental de Messejana e atualmente é o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto é um feito mais do que valoroso, visto que desde sua construção, convive

com as incertezas financeiras e obstáculos incontáveis. Havendo vivenciado o tenebroso período anterior à Reforma Psiquiátrica, tem-se mostrado resiliente, reinventando-se e resistindo para permanecer não apenas atuante, mas sobretudo para seguir sendo a referência estadual em assistência à saúde mental terciária, patrimônio técnico e memorial sobre o saber-fazer em saúde mental no Ceará e importantíssima retaguarda para a saúde Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

BLEICHER, T. A Política de Saúde Mental de Quixadá, no Contexto da Reforma Psiquiátrica Cearense. Fortaleza: EdUECE, 2019.

CÂMARA, Y. R.; CÂMARA, Y. M. R. Quanto de Canto dos Malditos, a Autobiografia que Alavancou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, há em Bicho de Sete Cabeças. Revista do Gelne, v. 25, n. 1, p. 1-16, 2023.

CÂMARA, Y. M. R. Nise da Silveira. Aula 9, 2023. Disponível em: III Edição do Grupo de Estudos Filhas de Avalon. <https://www.youtube.com/watch?v=gg3JT2rnNrQ&t=4564s>. Último acesso: 20-08-2023.

CÂMARA, Y. M. R. Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto: patrimônio da saúde mental terciária no Ceará. En: QUEIRÓS, J. P.; ALMEIDA, V. O; SOUSA, F. C. F. de; (Orgs.), Práticas de saúde mental em pauta, p. 73-84. Campina Grande: Editora Amplla, 2022.

CÂMARA, Y. M. R.; CÂMARA, Y. R. Campos de concentração no Ceará: uma realidade retratada por Rachel de Queiroz em O Quinze. Revista Entrelaces - Revista de Pós-graduação em Letras da UFC, v. 5, n. 6, p. 167-177, 2015.

CUNHA, C. de M. S. A Fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970): história local, médicos e políticas públicas para a área psiquiátrica. 191f. Dissertação (Mestrado). Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

GIMBO, L. M.; DIMENSTEIN, M. D. B.; LEITE, J. F. O Manicômio no Cariri Cearense: Análise Arquegenealógica de sua Abertura e Fechamento. Revista Subjetividades, v. 19, n.1, p. 1-12, 2019.

SAMPAIO, J. J. C. Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: A sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. 211f. Dissertação. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

Capítulo V

QUEM É O PACIENTE DOS DOIS? FAMILIARES/ACOMPANHANTES ADOECIDOS NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR EM SAÚDE MENTAL

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-5

Francisco Brenno Soares Cavalcante ¹

¹ Assistente Social - Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE).
E-mail: brenno-soares-cavalcante@yahoo.com.br.

“Eu sou um caranguejo e estou de andada

Só por sua causa, só por você, só por você

...

Prometo meu amor vou me regenerar

Oh Risoflora!

Não vou dar mais bobeira dentro de um caritó

Oh Risoflora, não me deixe só”

Risoflora - Chico Science & Nação Zumbi

RESUMO

Neste relato de cunho descritivo-exploratório trago reflexões acerca da experiência como profissional que atuou na emergência psiquiátrica de um hospital de saúde mental junto a pacientes e familiares/acompanhantes. O *locus* da investigação foi o setor de emergência de um hospital de saúde mental de abrangência estadual localizado no município de Fortaleza/Ceará entre o período de março/2021 a outubro/2022. No caso, detenho-me na realidade da sobrecarga emocional e física como questão enfrentada pelos familiares/cuidadores durante as crises psiquiátricas dos pacientes que permanecem em atendimento no Serviço de Pronto Atendimento (SPA). Objetivava-se com o estudo ampliar o debate para possíveis iniciativas de intervenções na atenção aos familiares e acompanhantes dos serviços de emergência hospitalar, uma vez que contribui diretamente para a evolução do paciente e ultrapassa a prática residual e pontual individualizada. Tal iniciativa já é reconhecida por serviços ambulatoriais seja no âmbito territorial (COVELO; BADARÓ-ALMEIDA, 2015) ou hospitalar (BRANDÃO et al., 2021). Além disso, a realidade apresentada associada aos estudos relativos à família e saúde mental (CAVALCANTE; CARVALHO, 2020), (DUARTE et al., 2007), e às normativas legais (BRASIL, 1990; 2013) fornecem subsídios para a compreensão de que familiares/cuidadores não se restringem apenas a serem *suportes* ou *apoios* dos pacientes onde profissionais limitam seu reconhecimento ao encará-los como fonte de informações e descrições para registros no momento do atendimento, pois possuem uma participação ampla e complexa ora desencadeando crises ora cuidando e até se tornando paciente. Logo, pela presença da família/acompanhante transitar entre território e hospital, bem como também enfrentar processos de adoecimentos, estes devem estar dentro da atenção ofertada nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Família; Hospital de Saúde Mental; Emergência Psiquiátrica.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo de abordar o debate da família dentro do campo da saúde mental vem imbuído de propostas que visam enriquecer e ampliar as leituras teóricas para a compreensão dos fatores sociais, históricos e políticos dentro da saúde. Em outras palavras, a contribuição da categoria família se situa no rol de estudos que favorecem na investigação dos determinantes e condicionantes sociais da saúde reconhecidos pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1990).

Conforme Nunes (2013 *apud* Cavalcante & Carvalho, 2020) essa iniciativa também favorece a histórica requisição que a Saúde Coletiva direciona para a saúde mental de incorporar saberes oriundos das Ciências Sociais. Daí entender que a construção e formulações teóricas no campo da saúde mental ultrapassam o cânone saber psi e biomédico para alcançar uma miríade de olhares interdisciplinares para um campo multiprofissional.

A partir daí trago a contribuição do cotidiano profissional do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) na perspectiva de socializar as vulnerabilidades e potencialidades das famílias e acompanhantes nas situações de crises psiquiátricas dos pacientes. O presente estudo trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo-exploratório que almeja subsidiar profissionais, estudantes, gestores e pesquisadores em suas práticas e estudos nos serviços de saúde mental.

Se, de um lado, já existe a compreensão de que o direcionamento do cuidado integral dos pacientes aponta também para uma atenção aos familiares onde tal entendimento já foi sinalizado pelos profissionais que compõem o Núcleo de Atenção à Infância e à Adolescência - NAIA quando houve a implantação do ambulatório de família no referido setor². Por outro, instiga-se a destrinchar as questões que permeiam as famílias e acompanhantes dos pacientes que chegam em crise psiquiátrica na emergência.

Sem pretensão de esgotar o debate, apontarei a sobrecarga emocional e física que os familiares/acompanhantes enfrentam ao passar ou permanecerem no serviço de emergência com seus pacientes. Propõe-se direcionar para futuras análises desse objeto com intervenções profissionais nos serviços de emergência hospitalar.

² Consultar o relato de Brandão et al. (2021).

2. ABRE DOIS PRONTUÁRIOS, POR FAVOR: QUANDO O ACOMPANHANTE SE TORNA/É PACIENTE

Uma série de fatores desencadeiam para sublevar a família nas discussões do cotidiano dos profissionais de saúde na emergência hospitalar da saúde mental. Isso porque a família assumiu um amplo papel no cuidado ao paciente pelo modelo psicossocial (DUARTE et al., 2007; AMARANTE, 2007), pela estrutura das políticas sociais neoliberais com o “familismo” (SOUZA, ALCÂNTARA, ACQUAVIVA, 2021) e pelo reconhecimento das implicações que têm na atenção ao paciente (COVELO, BADARÓ-MOREIRA, 2015). Em geral, a aparição das famílias e acompanhantes durante o processo de atenção ao paciente é comumente encarada como *subsidiária* ou *suporte* onde pouco existe a oferta de serviços direcionados para este público no âmbito hospitalar.

A sobrecarga/desgaste do cuidador na emergência em saúde mental é um dos pontos nevrálgicos que merece atenção, uma vez que não é raro se defrontar com casos da dificuldade de compartilhamento do suporte assistencial para o paciente entre os entes familiares durante o aguardo da vaga para internação³. Além dos CAPS (Centro de Atenção Psicossociais) e os serviços ambulatoriais já identificarem as problemáticas que os familiares enfrentam e a necessidade de inseri-los dentro dos processos de trabalho⁴, a emergência hospitalar também tem contribuições com suas peculiaridades que precisam ser discutidas⁵.

Dentre as peculiaridades da emergência, está a presença do familiar/acompanhante para a vaga de internação nos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, o que faz o acompanhante compartilhar as vivências com o paciente no ambiente estressante, adoecedor e desconfortável. Assim, esses elementos somados com o desgaste da sobrecarga do cuidado já sofrido no território (ambiente extra-hospitalar) resulta em um acompanhante doente e cansado mental e fisicamente que aparece recorrentemente seja de forma visível nos

³ Covelo & Badaró-Moreira (2015) refletem que a concentração da sobrecarga do cuidado em um ente familiar é decorrente da atitude de afastamento e o abandono que o paciente e cuidador sofrem no interior da família por esta replicar a postura que a comunidade assume diante da pessoa com sofrimento psíquico.

⁴ Ferreira et. al (2019) apontam a necessidade de cuidado aos familiares no CAPS e a dificuldade da equipe em inseri-los nos processos de trabalho.

⁵ Oliveira, Silva, Silva (2022) trazem pontos importantes na pesquisa de satisfação dos usuários aplicada em 2021 onde a emergência do HSMM é o único setor que não atinge o nível de satisfação desejado em Outubro, mês de elevado número de internações. Constata-se que na emergência existem insatisfações no *ambiente de atendimento* com a estrutura e na *avaliação da assistência ofertada* em que o setor apresenta os piores índices do período analisado.

corredores do hospital, pelos relatos nas entrevistas de acolhimento social ou nas queixas à ouvidoria.

Cabe mencionar que esse familiar/acompanhante, quando manifesta suas queixas de forma áspera e brutal, seja para equipe assistencial da emergência ou na ouvidoria, é comumente encarado entre os profissionais como “problemático” ou “barraqueiro”, ou seja, aquele que provoca conflitos. Ainda que seja notório a sobrecarga na qual profissionais da urgência e emergência estão submetidos com a precarização dos vínculos de trabalho, as precárias condições materiais de trabalho e o esgotamento mental o qual estão acometidos diante das demandas, pouco se estabelece mediações de que esse acompanhante está adoecido e necessitado de cuidado.

Tais posturas profissionais, caracterizadas pela baixa capacidade de manejo na relação com o público, ocasionam conflitos e embates durante o processo delicado em que os fragilizados familiares e pacientes estão enfrentando, o que tipificam essas práticas como afronta à Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (Serviço Único de Saúde) (BRASIL, 2013). De fato, essas atitudes profissionais violam a PNH, atacam familiares e pacientes em um contexto de crise agudizada e contribui para uma *ambiência* inóspita na emergência. No entanto, em análise mais rigorosa, os profissionais são também vitimizados pelos golpes que a PNH sofre quando não se cumpre a diretriz da *valorização do trabalhador* preconizada.

Em suma, nesse imbróglio não cabe apontar quem é culpado e vítima, uma vez que os ataques estruturais ao SUS desencadeiam uma série de consequências críticas que são sentidas no cotidiano tanto pelos que operam quanto pelos que recorrem à saúde pública.

Ressalva importante é caracterizar que esse acompanhante, na sua maioria, é um familiar também paciente de saúde mental acometido por fatores hereditários ou pela sobrecarga do cuidado, afinal, não são raros os casos de diálogo entre equipe para propor estratégias como a excepcional viabilização de medicamentos, uma articulação do psiquiatra que possa antecipar uma consulta já marcada no CAPS, o contato com outros membros familiares para realizar a troca de acompanhante e até mesmo a impossibilidade da presença do familiar quando esgotada todas as possibilidades.

Assim, confirma-se que a posição da família no contexto da crise psiquiátrica dos pacientes varia entre causadora, adoecida e cuidadora, não cabe apenas a díade nos extremos entre causadora e cuidadora, pois ela necessita de atenção por estar adoecida. Significa dizer que a família não apenas emite os disparadores das crises como também é alvejada por outros condicionantes e determinantes sociais de saúde, o que a torna também paciente.

Logo, a simples pergunta que muitos profissionais proferem em determinados episódios quando se deparam com paciente e acompanhante adoecidos de “Quem é o paciente dos dois?” ou “Não sei qual dos dois é o paciente?” tem como resposta os dois. Ambos precisam de atenção e cuidado para que as intervenções não sejam caracterizadas como residuais e pontuais, mas que contribuam significativamente na melhoria e qualidade da atenção prestadas.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perguntar “Qual dos dois é o paciente?” poderia direcionar a intervenção profissional para práticas mais potentes e inovadoras sem limitar apenas a dúvida em quem vai ser o alvo do atendimento. Manifestar essa dúvida já aponta que ambos sujeitos (paciente e familiar) estão adoecidos e demonstra que a situação apresentada de paciente cuidar de paciente necessita de uma atenção redobrada e vai exigir um arsenal de manejo mais amplo para intervenção.

Trazer esse enfoque da família nas intervenções favorece o aprimoramento de práticas inovadoras na saúde mental, uma vez que ultrapassa o tradicional saber psi envolto de medicalizações e condutas biomédicas. Tal entendimento já foi identificado pelo setor NAIA do HSMM, no entanto, precisa-se avançar para a emergência, setor onde se identifica fragilidades estruturais no ambiente e no atendimento dos profissionais.

Conclui-se que o familiar/acompanhante que carrega a sobrecarga do cuidado no território ao chegar na emergência enfrenta episódios que potencializa seu adoecimento e, por isso, a necessária relevância de discutir e intervir neste objeto. Caso contrário, individualizar a intervenção ao paciente quando se tem um cuidador adoecido é limitar à palição sem efeitos de monta.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRANDÃO, C. B. et al. Desafios para o cuidado em saúde mental de cuidadores de crianças e adolescentes atendidos em um serviço psiquiátrico terciário no contexto da pandemia da COVID-19. **Dialogo Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental**. v. 1, n. 1, p.78-81, 2021.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: encurtador.com.br/lqsRY. Acesso em 04 de nov. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: HumanizaSUS, 2013. Disponível em: shorturl.at/cwFH1 . Acesso em 08 de dez. 2022.

CAVALCANTE, R.; CARVALHO, C. O. Participação da Família na Saúde Mental Brasileira: acessórios da atenção psicossocial e sujeitos dessa política. In: ROSA, L. C. S.; VILARINHO, L. S. (Org.). **Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental**. p. 47 - 70, 2020.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre Família e Serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no sofrimento psíquico. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 55, p. 1133 - 1144, 2015.

DUARTE, M. L. C. et al. Diferentes Abordagens à Família em Saúde Mental Presentes na Produção Científica da Área. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 1, n. 11, p. 66 - 72, 2007.

FERREIRA, T. P. S. et al. A Família no Cuidado em Saúde Mental: desafios para a produção de vidas. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 441 - 449, 2019.

OLIVEIRA, G. N. S.; SILVA, T. N.; SILVA, A. L. M. Avaliação da Satisfação do Usuário como Ferramenta de Controle Social. In: QUEIROS, J. P. et al. (Org.). **Práticas em Saúde Mental em Pauta**. Campina Grande: Amplla, v. 1, p. 15 - 36, 2022.

SOUZA, B. C. F.; ALCÂNTARA, A. M. S.; ACQUAVIVA, G. Política Social de Saúde e Família: entre a proteção e a responsabilização. **Temporalis**. n. 21, p. 270 - 285, 2021.

Capítulo VI

FORMAÇÃO DE POSTURA CRÍTICA E PROATIVA NO ESTÁGIO NA ÁREA DE SAÚDE

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-6

Vitória de Oliveira Almeida ¹

Rafaela Holanda Coelho ²

Juliana Pereira Queiros ³

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima ⁴

¹ Nutricionista - Presidente do Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Nutricionista - Coordenadora Nutrição Clínica Especialista em Nutrição Clínica Funcional e Materno Infantil - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Nutricionista - Mestranda em Medicina Translacional Universidade Federal do Ceará- Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Nutricionista - Docente da Universidade de Fortaleza. Pesquisadora Pós-doc em Neuropsicofarmacologia na Universidade Federal do Ceará
E-mail: vitoriaoliveiranutri@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Investigar a percepção de estagiários acerca de habilidades adquiridas e contribuições do estágio para sua vida, em uma unidade hospitalar especializada em saúde mental. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, documental e descritiva com aplicação de questionário estruturado em 44 estagiários de uma instituição pública de saúde do Ceará, sendo a análise de dados por frequência simples e percentual. **Resultados:** 100% responderam que indicariam a unidade hospitalar como campo de estágio, com a maioria afirmando que adquiriu muita habilidade em trabalho de equipe, resolução de problemas, argumentação e tomada de iniciativa, diferenciação entre aspectos éticos e não éticos, e em analisar situações. 81,8% afirmaram que o estágio contribuiu para o conhecimento da realidade de uma instituição hospitalar, 80% para o aperfeiçoamento técnico profissional e apenas 50% que reafirmaram suas escolhas profissionais. **Considerações finais:** estudos assim são importantes pois carregam o significado da satisfação, evidenciando a importância entre a instituição concedente e a qualidade do futuro profissional.

Palavras-chave: Estágio; Ensino superior; Estudantes; Mercado de trabalho; Avaliação Educacional.

1. INTRODUÇÃO

O estágio é definido pela Lei Federal Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, como um ato educativo escolar supervisionado, no ambiente de trabalho, com objetivo de preparar o aluno para o trabalho produtivo. O estágio engloba todo o caminho formativo do aluno e ainda faz parte do projeto pedagógico do curso (BRASIL, 2008).

As práticas de estágio são de essencial importância para os acadêmicos, pois se constitui como uma oportunidade de estabelecer certo vínculo profissional sem que este esteja anulado ao vínculo educacional, tornando-se, portanto, uma oportunidade, no decorrer da graduação,

de avaliar os conhecimentos adquiridos, favorecendo e desenvolvendo as habilidades obtidas (NEGREIROS; LIMA, 2018)

Portanto, desde o início da aproximação dos estudantes com a realidade de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, deve-se possibilitar diferentes cenários de aprendizagem que sejam oportunos e significativos. O estágio constitui, desta maneira, como o nível mais elevado desse conjunto de experiências que devem ser vivenciadas na perspectiva do desenvolvimento de competências e apoiadas em uma base sólida de conhecimentos associados à aquisição de habilidades, que fundamentam as atitudes e práticas profissionais (BELÉM et al., 2018). No que se refere especialmente à instituição de saúde, a introdução do estudante nesse cenário ocasiona modificações no cotidiano de trabalho e na relação do serviço com os usuários. O estágio proporciona uma maior proximidade do serviço com a universidade.

Dessa forma, abre-se a possibilidade de inovações e inclusão de processos de melhoria do cuidado em saúde (COLLISELLI et al., 2009).

Ademais, o estágio tem um papel fundamental para o discente por ser o momento onde visa o desenvolvimento e aprimoramentos das competências teórico-práticas; onde se chega mais próximo do que se espera pós conclusão do curso (SILVA, 2019).

Portanto, avaliar se o local de estágio oferece ao estudante a possibilidade de desenvolver habilidades e quais contribuições esse campo é capaz de trazer a esse indivíduo, tendo como base as experiências vivenciadas, é de suma importância para todos os atores envolvidos no processo, os quais sejam o acadêmico, a instituição de ensino e a instituição que oferta o campo de estágio.

Assim, esse estudo torna-se relevante pois avalia dados sobre as experiências acadêmicas oferecidas pelo campo de estágio, indicando o nível de satisfação e desenvolvimento pessoal, funcionando ainda como um feedback para verificar o que precisa ser alterado. Com isso, é possível buscar constantemente por melhorias de forma assertiva, visto que a pesquisa indica exatamente o que é preciso para atender ao que os alunos esperam. Dessa forma, esse estudo objetivou investigar a percepção de estagiários acerca de habilidades adquiridas e contribuições do estágio para sua vida, em uma unidade hospitalar especializada em saúde mental.

2. MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, documental, natureza básica e descritiva. Utiliza como procedimento a pesquisa de levantamento documental por meio de questionários estruturados aplicados através da plataforma google forms em estagiários (estágios supervisionados) de nível técnico e superior (graduação) de uma unidade hospitalar da rede da Secretaria da Saúde do Ceará, especializada em saúde mental.

A pesquisa coletou dados retrospectivos, referente ao período de julho a dezembro do ano de 2021 (semestre de 2021.2).

Através do levantamento documental observou-se que as respostas vieram de estagiários das categorias de serviço social, nutrição, psicologia, farmácia e enfermagem, regularmente matriculados nas instituições de ensino parceiras da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

O questionário avaliava questões gerais como: instituição de ensino era privada ou particular, sexo do participante e a qual o curso pertencia o aluno.

Também foram coletados dados de perguntas relacionadas ao desenvolvimento de algumas habilidades no decorrer do estágio, tais como: o estágio permitiu a convivência com outros profissionais, desenvolvendo seu espírito de equipe; capacidade de analisar situações; diferenciação de comportamentos éticos e não éticos; capacidade de tomar iniciativa (proatividade); capacidade de argumentação e criatividade para resolução de problemas.

Para as respostas, foi utilizada uma escala que variou de 0 (não adquiriu a habilidade) até 5 (adquiriu muita habilidade).

Além dessas, foram perguntadas aos alunos questões relacionadas às contribuições do estágio para sua vida profissional, as quais abordavam: o aperfeiçoamento técnico-profissional; conhecimento de outras áreas de atuação; reafirmação da escolha profissional; conhecimento da realidade de uma instituição hospitalar e demonstração da necessidade de estudo contínuo. Nesse quesito, os alunos poderiam marcar no questionário quantas contribuições julgassem observadas durante a prática do estágio.

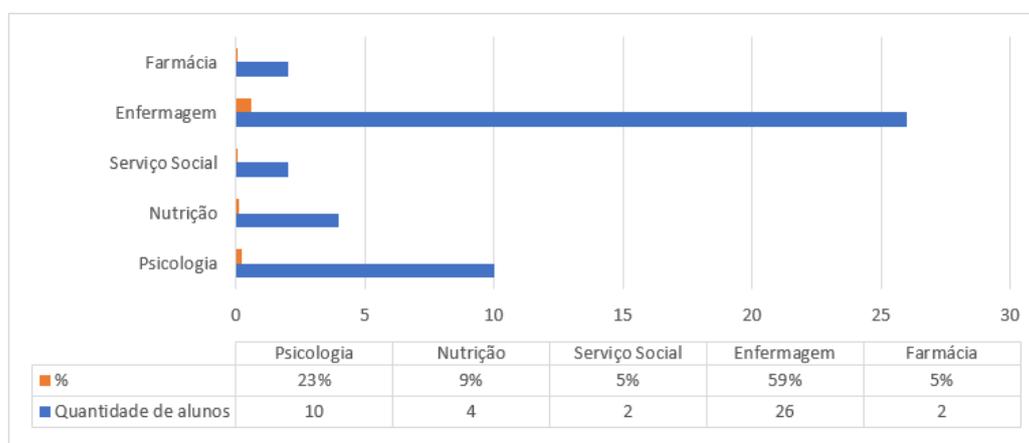
Por fim, foram perguntados se indicariam a unidade hospitalar como campo de estágio a outros estagiários.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi avaliado pelo Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP) do hospital e fornecida autorização com termo de fiel depositário pela instituição. A análise de dados foi por frequência simples e percentual.

3. RESULTADOS

Participaram da pesquisa alunos dos cursos de psicologia, nutrição, serviço social, farmácia e enfermagem, conforme categorização descrita no gráfico 1. Dentre o total de 44 entrevistados, 35 (79,5%) pertencem ao gênero feminino e 9 (20,5%) ao gênero masculino, sendo 26 (59,1%) estudantes de instituições públicas e 18 (40,9%) de instituição particular. Analisando a categoria individual, psicologia, nutrição, serviço social e farmácia 100% são de instituição pública e enfermagem 100% particular.

Gráfico 1. Categorias profissionais participantes da avaliação do estágio em hospital público em Fortaleza -CE em 2021.

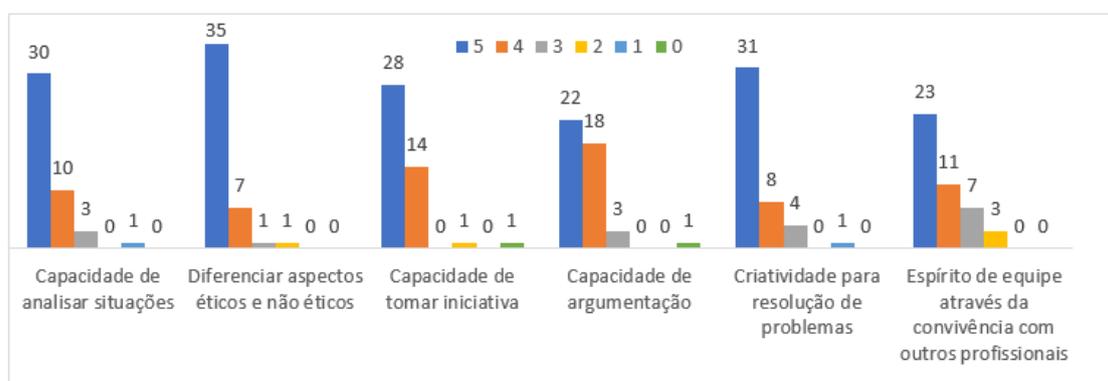


Fonte: Autoria própria

Em relação à indicação da unidade hospitalar como campo de estágio, todos os participantes, ou seja, 100%, responderam que sim.

Quanto às habilidades desenvolvidas, as respostas foram categorizadas de 0 a 5, ou seja, de "0 = não adquiriu" até "5 = adquiriu muita", conforme detalhado no Gráfico 2.

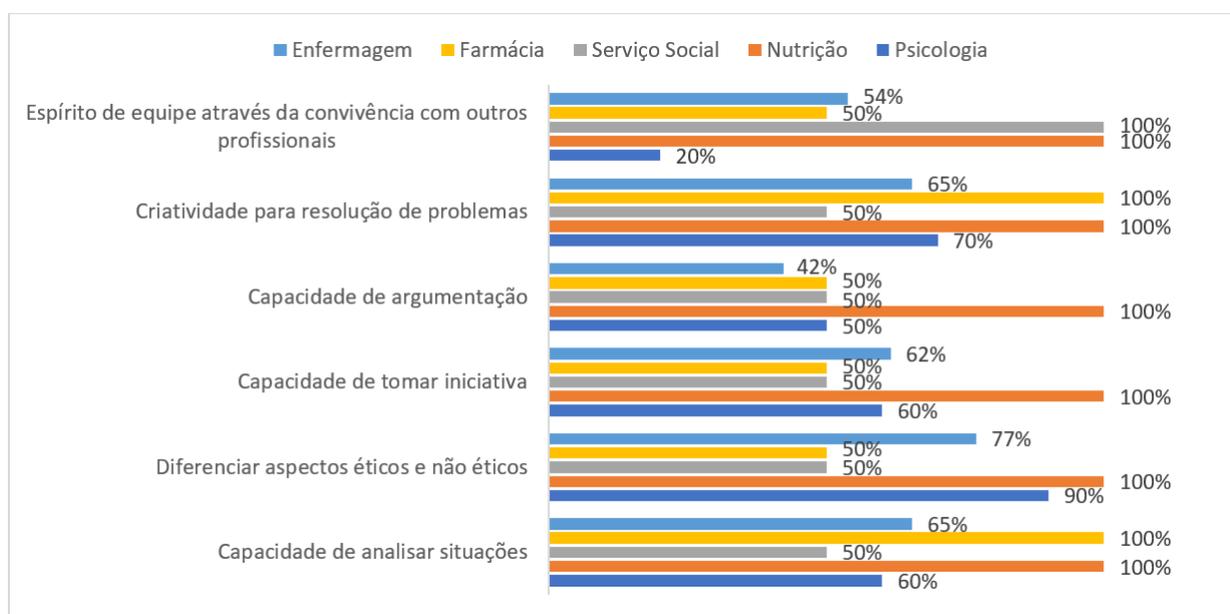
Gráfico 2. Habilidades desenvolvidas dos participantes da avaliação do estágio em hospital público em Fortaleza-CE em 2021.



Fonte: Autoria própria

Foi observado que a maioria dos participantes, conforme gráfico 3, afirmou adquirir muita habilidade em todas as perguntas realizadas como espírito de equipe, criatividade para resolução de problemas, capacidade de argumentação e de tomada de iniciativa, diferenciação entre aspectos éticos e não éticos, e capacidade de analisar situações. Como exceções, as perguntas sobre espírito de equipe e capacidade de argumentação, revelaram apenas 2 (20%) dos estagiários de psicologia adquirindo muita habilidade e 11 (42%) dos estagiários de enfermagem adquirindo muita habilidade, respectivamente.

Gráfico 3. Percentual de “muita habilidade” desenvolvidas por categoria profissional dos participantes da avaliação do estágio em hospital público em Fortaleza -CE em 2021.



Fonte: Autoria própria

Acerca da contribuição do estágio para a vida profissional, relacionada às categorias de aperfeiçoamento técnico-profissional, conhecimento de outras áreas de atuação, reafirmação da escolha profissional, conhecimento da realidade de uma instituição hospitalar e demonstração da necessidade de estudo contínuo, é descrita na tabela 1 abaixo. É possível observar que a maioria, ou seja, 81,8% (36 alunos), afirmou que o estágio contribuiu para o conhecimento da realidade de uma instituição hospitalar, seguido da contribuição para o aperfeiçoamento técnico profissional com quase 80% dos participantes. Já a contribuição menos citada foi em relação à reafirmação da escolha profissional, com 50% dos estagiários.

Tabela 1. Contribuições na vida profissional dos participantes da avaliação do estágio em hospital público em Fortaleza -CE em 2021.

Contribuições	Quantidade de acadêmicos	%
Aperfeiçoamento técnico-profissional	35	79,5%
Conhecimento de outras áreas de atuação	28	63,6%

Contribuições	Quantidade de acadêmicos	%
Reafirmação da escolha profissional	22	50%
Conhecimento da realidade de uma instituição hospitalar	36	81,8%
Demonstração da necessidade de estudo contínuo	30	68,2%

Fonte: Autoria própria

4. DISCUSSÃO

O período de estágio pode ser considerado um momento crítico para os futuros profissionais de saúde, se caracterizando como um momento de grandes transformações no modo de pensar-agir dos estudantes. Novas experiências estão à frente dos alunos que se deparam com sentimentos distintos e, talvez, nunca experimentados, como medo, ansiedade, piedade, necessidade de paciência e empatia. Tais transformações fazem parte do processo educativo e da prática pedagógica moderna em que o aprender a ser, a fazer, a conhecer e a conviver são a base para a formação de profissionais competentes e decisivos no mercado de trabalho (SILVA; SILVA; RAVAGLIA, 2009).

No presente estudo, foi possível observar que quase 82% dos estagiários acreditaram que o estágio ajudou a conhecer a realidade de uma instituição hospitalar, com a metade da amostra afirmando que o estágio contribuiu para a reafirmação das suas escolhas profissionais. Acredita-se que o estágio supervisionado possa auxiliar no estreitamento da relação entre academia e campo de atuação, sendo uma das disciplinas, porém não a única, a aproximar teoria e prática profissional (ROSA; WEIGERT; SOUZA, 2012). Porém, fatores como a falta de compromisso profissional e de recursos necessários ao cuidado do paciente podem distanciar a prática profissional da realidade observada, gerando um conflito na perspectiva do aluno entre o que lhe é apresentado na universidade e o que ele encontra na prática (LIMA et al., 2014).

Fatores presentes no campo de estágio podem desestimular o aluno como o desvio de funções dos estagiários e a falta de apoio de outros profissionais envolvidos no serviço prestado (ROSA; WEIGERT; SOUZA, 2012), o que parece não ter ocorrido no presente estudo, visto que 63,6% acredita que o estágio contribuiu para a aquisição de conhecimentos de outras áreas de atuação. Um ambiente de trabalho percebido pelo aluno, muitas vezes recém-chegado, como um campo de disputa intra e inter-categorias profissionais, pode impedir a boa prática profissional e ser mais um fator desmotivador (LIMA et al., 2014).

Aproximadamente 72% dos entrevistados acreditam que o estágio supervisionado é responsável por diminuir o choque entre o mundo acadêmico e o cotidiano escolar, aumentando as possibilidades do estudante de ser inserido na realidade da escola. No entanto,

não há um consenso entre os estudantes de que esta é a única disciplina que permite relacionar as teorias pedagógicas com a prática escolar - apenas 42,8% concordam com esta afirmativa (ROSA; WEIGERT; SOUZA, 2012).

Marchioro e colaboradores (2017), analisando a percepção de estudantes de enfermagem sobre o Estágio Curricular Supervisionado no seu processo de formação, observou a importância da adequada condução e realização do estágio, por parte de professores e serviço que objetivavam participar ativamente do processo de formação do profissional enfermeiro. Nessa perspectiva, é importante enfatizar o alto percentual dos quesitos aperfeiçoamento técnico-profissional (79,5%), o conhecimento sobre outras áreas de atuação (63,6%) e a demonstração da necessidade de estudo contínuo (68,2%) como contribuição para a vida profissional do estudante.

Um estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2017) trouxe que as atividades desenvolvidas durante o período de estágio permitiram aos estudantes relacionarem o conhecimento teórico adquirido durante a graduação, com a prática assistencial, além de proporcionar a aquisição de experiência e prática nos procedimentos assistenciais em saúde e o favorecimento do desenvolvimento de uma postura crítica e proativa. Semelhantemente, a maioria dos estudantes deste estudo referiram a aquisição de muita habilidade nas perguntas relacionadas à criatividade para resolução de problemas, capacidade de argumentação e de tomada de iniciativa.

Resultados positivos semelhantes aos encontrados neste estudo, foram encontrados por Lima e colaboradores (LIMA et al., 2014), onde graduandos que vivenciaram o estágio o na unidade de internação analisada sugeriram que a experiência foi positiva, contribuindo para a construção de um elo entre a teoria oferecida pela academia e a prática do serviço. O crescimento pessoal e profissional referido pelos estudantes pareceu ter reflexos, inclusive, na segurança com que deixaram o curso de graduação para atuarem como profissionais, minimizando a ruptura que pode significar essa mudança de papéis.

Ademais, Rosa, Weigert e Souza (2012) apontam que há uma valorização das disciplinas de estágio nas instituições de ensino além da consciência de que elas são de extrema importância, para a formação profissional, pelos acadêmicos. No entanto, é oportuno ressaltar que se faz necessário realizar uma permanente reflexão sobre o seu desenvolvimento, para a busca da melhoria da qualidade do ensino.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio reúne a necessidade do aluno que precisa exercer na prática o que aprendeu durante as aulas teóricas, dos professores que precisam de um campo para o aluno e da instituição de saúde que recebem, neste cenários todas as demandas são atendidas e o objetivo final que é o paciente/cliente.

As limitações do estudo estão relacionadas a ausência de algumas competências a serem investigadas, ligadas principalmente ao desenvolvimento da capacidade de gestão dos alunos, por vezes, negligenciada durante a formação de estudantes de cursos da área da saúde.

Destaca-se a impressão positiva dos estudantes acerca do concedente, nesse caso a unidade hospitalar, sendo que, em todos os questionários, o campo de estágio seria indicado a um colega. Além disso, cabe citar as boas avaliações acerca das habilidades desenvolvidas no decorrer do estágio e as contribuições do concedente na vida profissional dos acadêmicos.

Por fim, estudos com essa temática são importantes pois carregam o significado da satisfação e seus respectivos fatores, trazendo importante relação entre a instituição concedente e a qualidade do futuro profissional que adentrará no mercado de trabalho, levando em conta que o estudante de hoje será o profissional de amanhã e que, posteriormente, esse indivíduo tende a reproduzir, em suas práticas profissionais futuras, os mesmos modelos vivenciados durante sua graduação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 17.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788

BELÉM, J. M. et al. Avaliação da aprendizagem no estágio supervisionado de enfermagem em saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 849–867, 13 ago. 2018.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 932–937, dez. 2009.

DA SILVA, T. G. et al. ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO: RELATO DOS DESAFIOS ENCONTRADOS PELOS (AS) ESTUDANTES. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 21, n. 2, 18 set. 2017.

LIMA, T. C. DE et al. Supervised curricular internship: analysis of the students' experience. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, 2014.

NEGREIROS, R. V. DE; LIMA, V. C. B. DE. Importância do estágio supervisionado para o acadêmico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 2, 29 jul. 2018.

OLIVEIRA, F. A. et al. VIVÊNCIAS ACADÊMICO-PROFISSIONAIS ADQUIRIDAS EM PROGRAMA DE ESTÁGIO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO CEARÁ. **Cadernos ESP**, v. 13, n. 1, p. 94-104, 15 out. 2019.

ROSA, J. K. L.; WEIGERT, C.; SOUZA, A. C. G. DE A. Formação docente: reflexões sobre o estágio curricular. **Ciência & Educação** (Bauru), v. 18, p. 675-688, 2012.

SILVA, R. M. DA; SILVA, I. C. M. DA; RAVAGLIA, R. A. Ensino de Enfermagem: Reflexões Sobre o Estágio Curricular Supervisionado. **Revista Práxis**, v. 1, n. 1, 1 jan. 2009.

SILVA, RSM da. **Estágio Curricular e sua Contribuição na Construção da Identidade Profissional dos Estudantes da Educação Técnica de Nível Médio**. Tese (Mestrado em Educação Profissional e Tecnológica) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas. Manaus, 2019.

Capítulo VII

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO MECÂNICA NA PSIQUIATRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-7

Andrea Pinheiro da Rocha ¹
José Maria Ximenes Guimarães ²
Samara Naiane de Souza Nascimento ³
Samara Nunes de Souza ⁴
Adriana Rocha Solon ⁵
Wesley Soares Ramos ⁶

¹ Enfermeira - Gerente de Enfermagem Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Enfermeiro - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Enfermeira - Educação Permanente em Saúde Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Enfermeira - Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Enfermeira - Gerência de risco Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁶ Psicólogo - Coordenador dos Ambulatórios Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: samaranaiane@yahoo.com.br

RESUMO

Contenção física e mecânica, em 2009 o COREN SP, definiu e diferiu contenção física de contenção mecânica, ambas se diferenciando pela presença ou não de artefato que imobilize o paciente em seu leito. As instituições hospitalares têm utilizado recursos para estabelecer condutas com a revisão e implementação de protocolos assistenciais, visando melhorias dos processos de trabalho e consequentemente aprimorando a qualidade da assistência a saúde. O estudo foi motivado pela necessidade de melhorar e padronizar os registros dos pacientes que estão sob contenção mecânica, assim como acompanhar a evolução do paciente para que a medida terapêutica possa perdurar por menos tempo possível e identificar algum evento adverso de forma precoce, visando sempre à prevenção de agravos. Objetivou-se descrever a experiência da construção de um formulário e da revisão e execução de um protocolo de contenção em um hospital psiquiátrico de referência no Ceará. O protocolo de contenção tem a finalidade de orientar os profissionais envolvidos no cuidado, sobre a medida extrema que é a contenção mecânica, e caso isso ocorra, que seja da forma menos traumática possível, mitigando os eventos adversos, promovendo uma intervenção sistematizada e corroborando para um acompanhamento de todo o processo de contenção da forma correta, holística e humanizada. O formulário foi de grande valia para a instituição, pois através dele foi inserida no contexto da saúde mental, uma nova tecnologia capaz de melhorar, humanizar e sistematizar a prática assistencial aos pacientes portadores de transtornos mentais. Com isso, é válido ressaltar a importância de catalogar os dados dessa melhoria, a fim de que a prática seja institucionalizada em outros ambientes terapêuticos referentes à saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Educação Continuada; Educação em Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

As emergências psiquiátricas são definidas como as alterações de comportamentos, humor, alterações agudas do pensamento ou relações sociais que requeiram uma intervenção médica de forma imediata. Entretanto, diante das diversas emergências psiquiátricas, as

situações que são mais críticas, são as de risco suicida e agitação psicomotora. (DEL-BEN, C. M. et al. 2017).

Em algumas situações psiquiátricas, dependendo da avaliação e comportamento do paciente, é necessário à equipe de enfermagem, sob a prescrição médica realizar medidas para a proteção do paciente e citamos como exemplo a intervenção por meio da contenção mecânica.

Embora alguns autores considerem sinônimos os termos contenção física e mecânica, em 2009 o COREN SP, definiu contenção física e contenção mecânica, ambas se diferenciando pela presença ou não de artefato que imobilize o paciente em seu leito. Se artefato presente, esta se caracteriza por contenção mecânica, se ausente, contenção física.

Diante disso, é necessário lançar mão de uma medida extrema, como a contenção mecânica, ao se deparar por vezes, situações como essas que requeiram uma atitude imediata, para manter a segurança do paciente e a dos demais presentes, sejam profissionais ou familiares. No entanto, DEL-BEN, C. M. et al. (2017) descreve a contenção física como um procedimento que não é livre de danos, tem seus efeitos adversos, e diante da problemática, deve monitorar e se ater quanto a incidência desses efeitos.

As instituições hospitalares têm utilizado recursos para desenhar os fluxos e estabelecer condutas com a elaboração e implementação de protocolos assistenciais, visando melhorias dos processos de trabalho e conseqüentemente aprimorando a qualidade da assistência a saúde.

O estudo foi motivado pela necessidade de melhorar e padronizar os registros dos pacientes que estão sob contenção mecânica, assim como acompanhar a evolução do paciente para que a medida terapêutica possa perdurar por menos tempo possível e identificar algum evento adverso de forma precoce, visando sempre à prevenção de agravos.

2. OBJETIVO

Descrever a experiência da revisão e implementação de um protocolo de contenção e elaboração de uma tecnologia em um hospital psiquiátrico de referência no Estado do Ceará.

3. METODOLOGIA

A atividade relatada foi desenvolvida no ano de 2021, em um Hospital de referência em saúde mental, localizado no estado do Ceará, no período de setembro a dezembro, teve como público alvo a equipe de enfermagem. Surgiu da necessidade de revisar o protocolo assistencial voltado para as condutas multiprofissionais relacionadas à contenção mecânica.

Durante esse processo de revisão do protocolo, idealizou-se um instrumento que contemplasse todo o tempo em que o paciente estivesse nessa condição, monitorando os sinais vitais e todos os possíveis efeitos adversos que o procedimento é capaz de causar.

No segundo semestre do referido ano, foi criado um instrumento conforme podem identificar na (figura 1) para registro e controle da contenção, a fim de atender as necessidades de monitoramento do paciente e dar robustez ao processo de enfermagem, buscando ver o paciente de forma holística, que necessite de acompanhamento e visão humanística no decorrer do atendimento psiquiátrico.

A avaliação é feita pela equipe multiprofissional, porém quem registra o monitoramento das necessidades e a clínica do paciente durante a contenção mecânica, no instrumento institucionalizado é a enfermagem.

Apesar de um tema controverso, a contenção mecânica precisa ser realizada de maneira segura, assertiva e minimamente traumática. (BRAGA, I. P. et al., 2016)

A construção e implementação da tecnologia ocorreu em etapas: inicialmente verificado em literatura as novas referências para aplicação na prática, revisão do protocolo, elaboração da instrumento, apresentação a equipe, implementação e validação do instrumento.

Valendo ressaltar que o formulário elaborado trata-se de um tecnologias leve-dura que são estruturação de saberes, sem a necessidade de recursos de alta tecnologia para a sua aplicação e são cada vez mais difundidas no âmbito da enfermagem. (MORAES DE SABINO, L. M. et al., 2016).

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O protocolo de contenção tem a finalidade de orientar os profissionais envolvidos no cuidado, sobre a medida extrema que é a contenção mecânica, e caso isso ocorra, que seja da forma menos traumática possível, mitigando os eventos adversos, promovendo uma intervenção sistematizada e corroborando para um acompanhamento de todo o processo de contenção da forma correta, holística e humanizada.

Dessa forma, o instrumento foi dividido nas seguintes partes:

- Cabeçalho de identificação: Consiste na identificação do paciente, prontuário, data de nascimento, equipe que participou da contenção e do profissional médico responsável pela prescrição do procedimento.

Foi elaborado um questionário referente às estratégias que precisam ser feitas antes de conter um paciente, tais como:

- Medidas de prevenção da contenção: Abordagem verbal e não verbal; Restrição de espaço; Contenção química oral; Contenção química parental.

O ato de conter o paciente só é indicado nos casos em que todos esses critérios tenham sido preenchidos, evitando assim intervenções desnecessárias.

- Motivo da contenção mecânica: Agitação psicomotora, após insucesso de outras medidas terapêuticas (a intenção é fazer com que durante o preenchimento dessa assertiva o profissional reflita se de fato a agitação tentou ser evitada por outros meios); Auto e heteroagressividade iminente; Prevenção de queda após insucesso de outras medidas de prevenção (grades elevadas, barras de segurança, leito próximo ao posto de enfermagem); Quadro confusional seguido de agitação psicomotora.

O penúltimo tópico do protocolo consiste na avaliação da equipe de enfermagem durante todo o período que o paciente permanecer contido, em tempo hábil de até 60 minutos. O protocolo ainda ressalta situações específicas que a monitorização deve ser rigorosa e com um menor tempo de avaliação. São os casos de idosos, gestantes e outras situações que necessite de um maior rigor por parte da equipe assistencial. Os sinais vitais devem ser verificados a cada 60 minutos e avaliados os possíveis efeitos adversos. (Desidratação, edema, garroteamento de membros, perfusão prejudicada, lesão de pele, depressão respiratória, dentre outros...).

Depois de concluído essa parte da avaliação é necessário fundamentar a permanência do paciente sob contenção mecânica, e caso o paciente não necessite mais da intervenção, encerrar o protocolo.

Figura 1 - instrumento elaborado

PROTOCOLO DE REGISTRO E CONTROLE DE CONTENÇÃO MECÂNICA
Apêndice I

Paciente: _____		Prontuário: _____		DN: _____	
Horário: _____		Sexo: () MASC () FEM		Gestante: () SIM () NÃO () NA	
Equipe participante da contenção: _____			Médico prescritor: _____		
Medidas de prevenção da contenção física		Motivo da contenção mecânica			
<input type="checkbox"/> Abordagem verbal e não verbal; <input type="checkbox"/> Restrição de espaço; <input type="checkbox"/> Contenção química oral; <input type="checkbox"/> Contenção química parenteral.		<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora, após insucesso de outras medidas terapêuticas. <input type="checkbox"/> Auto e heteroagressividade iminente. <input type="checkbox"/> Prevenção de queda após insucesso de outras medidas de prevenção (grades elevadas, barras de segurança, leito próximo ao posto de enfermagem, dentre outros). <input type="checkbox"/> Quadro confusional seguido de agitação psicomotora. <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Avaliação de enfermagem em até 1h H: _____		Posição no leito			
<input type="checkbox"/> Ansioso () Agitado () Agressivo () Sonolento () Calmo		<input type="checkbox"/> Supina / decúbito dorsal <input type="checkbox"/> DLE (em casos de gestante >20s)			
Identificado evento adverso: () Sim () Não		<input type="checkbox"/> Cabeceira elevada 45° <input type="checkbox"/> Contenção de 2 pontos <input type="checkbox"/> Contenção de 4 pontos <input type="checkbox"/> Contenção de 5 pontos			
Quais: <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Garroamento de membros <input type="checkbox"/> Perfusão periférica prejudicada <input type="checkbox"/> Lesão de pele		<input type="checkbox"/> Queda com ou sem fratura <input type="checkbox"/> Rabdomiólise <input type="checkbox"/> Depressão respiratória <input type="checkbox"/> Óbito Outros: _____			
SE AVALIAÇÃO MENOR QUE 1H POR CONDIÇÕES ESPECÍFICAS, JUSTIFICAR NO CAMPO OBSERVAÇÃO. PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm SPO2: ____ % FR: ____ rpm DX: ____ mg/dl Observação: _____					
Ass: _____		COREN: _____		Posição no leito	
Avaliação de enfermagem em até 2h H: _____		Posição no leito			
<input type="checkbox"/> Ansioso () Agitado () Agressivo () Sonolento () Calmo		<input type="checkbox"/> Supina / decúbito dorsal <input type="checkbox"/> DLE (em casos de gestante >20s)			
Identificado evento adverso: () Sim () Não		<input type="checkbox"/> Cabeceira elevada 45° <input type="checkbox"/> Contenção de 2 pontos <input type="checkbox"/> Contenção de 4 pontos <input type="checkbox"/> Contenção de 5 pontos			
Quais: <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Garroamento de membros <input type="checkbox"/> Perfusão periférica prejudicada <input type="checkbox"/> Lesão de pele		<input type="checkbox"/> Queda com ou sem fratura <input type="checkbox"/> Rabdomiólise <input type="checkbox"/> Depressão respiratória <input type="checkbox"/> Óbito Outros: _____			
ATENÇÃO!!!! SE PACIENTE PERMANECER CONTIDO APÓS DUAS HORAS, JUSTIFICAR DE FORMA FUNDAMENTADA A PERMANÊNCIA E AFERIR SINAIS VITAIS. PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm SPO2: ____ % FR: ____ rpm DX: ____ mg/dl					

Instrumento elaborado pela Enfermeira Samara Naiane de Souza Nascimento, 2021.

Instrumento elaborado pela Enfermeira Samara Naiane de Souza Nascimento, 2021.

Fonte: Autoria própria

• **O processo de implementação:**

O Núcleo de Educação Permanente – NEP atuou por meio de apresentações gerais e em *in locu* apresentando à equipe assistencial a revisão do protocolo e o instrumento a ser preenchido no momento do procedimento.

Nas apresentações gerais, os profissionais da equipe multiprofissional eram convidados a irem até o auditório da instituição, onde recebiam as orientações via Power Point, desde o motivo da criação do protocolo até a execução dele, cada apresentação teve duração de cerca de 120 minutos, Contava com em média 10 participantes entre enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Nas intervenções *in locu*, a equipe responsável pela implantação se dirigiu até as unidades em que as contenções aconteciam, o instrumento foi apresentado e os profissionais foram orientados sobre o seu preenchimento e as dúvidas foram sanadas durante os plantões.

O processo de implementação ocorreu em 120 dias, contemplando em média 90% da equipe de enfermagem do Hospital de referência, a orientação em serviço era realizada em todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno).

- **O processo de pós implementação:**

A equipe foi sensibilizada e a educação permanente foi contínua a fim de garantir a execução do protocolo com sucesso.

Após a implementação, o instrumento começou a integrar o prontuário dos pacientes em caráter definitivo.

Foram identificadas melhorias nos processos de trabalho, observou-se registros mais completos em prontuários a cerca do procedimento de contenção mecânica, maior sensibilização dos profissionais ao aplicarem a medida extrema, assim como um menor tempo de permanência dos pacientes em contenção, devido à monitorização durante o procedimento ser mais rigorosa.

5. CONCLUSÃO

O protocolo foi de grande valia para a instituição, pois através dele foi inserida no contexto da saúde mental, uma nova tecnologia capaz de melhorar, humanizar e sistematizar a prática assistencial aos pacientes portadores de transtornos mentais.

Com isso, é válido ressaltar a importância de catalogar os dados dessa melhoria, a fim de que a prática seja institucionalizada em outros ambientes terapêuticos referentes à saúde mental, e dessa forma, padronizar instrumentos que auxiliem na prevenção de eventos adversos, nos pacientes que precisam ser contidos e garantir que eles não sofram a intervenção de maneira punitiva e sim de forma terapêutica, com maior brevidade possível.

REFERÊNCIAS

BRAGA, I. P. et al. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 1, p. 53–59, mar. 2016.

COREN/SP, 2009. Connection denied by Geolocation. Disponível em: <https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

DEL-BEN, C. M. et al. Psychiatric emergencies: psychomotor agitation management and suicide risk assessment. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 50, n. supl1., p. 98, 4 fev. 2017.

MORAES DE SABINO, L. M. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan*, p. 230–239, 2016.

Capítulo VIII

SELETIVIDADE ALIMENTAR E PREOCUPAÇÃO PARENTAL NO COMER DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM FORTALEZA-CE

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-8

Rafaela de Freitas Muniz ¹
Vitória de Oliveira Almeida ²
Rafaela Holanda Coelho ³
Ana Patrícia Oliveira Moura Lima ⁴
Francisca Cléa Florenço de Sousa ⁵
Ana Clara Nascimento Sampaio ⁶

¹ Nutricionista - Universidade de Fortaleza

² Nutricionista - Presidente do Centro de Estudos Aperfeiçoamento e Pesquisa - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Nutricionista - Coordenadora Nutrição Clínica Especialista em Nutrição Clínica Funcional e Materno Infantil - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Nutricionista - Docente da Universidade de Fortaleza. Pesquisadora Pós-doc em Neuropsicofarmacologia na Universidade Federal do Ceará. Pós-Graduada em Nutrição Funcional e Terapia Alimentar no TEA e TDAH

⁵ Farmacêutica - Professora titular e vice-coordenadora do Programa de Pós Graduação em Medicina Translacional da UFC. Pesquisadora em Neuropsicofarmacologia na Universidade Federal do Ceará

⁶ Acadêmica de Nutrição - Universidade de Fortaleza

E-mail: rafaelafreitas96@hotmail.com

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista, conhecido como um transtorno do neurodesenvolvimento, tem início nos primeiros anos de vida. A seletividade alimentar e neofobia são responsáveis pelo aumento da obesidade ou desnutrição. O objetivo do presente trabalho foi investigar dificuldades alimentares em crianças com transtorno do espectro autista atendidas em ambulatório especializado em Fortaleza-Ceará. Estudo de natureza quantitativa, transversal, realizado com crianças de 4 a 10 anos, diagnosticadas com TEA, e seus familiares, no período de fevereiro a abril de 2022, em ambulatório especializado em atendimento pediátrico com TEA em hospital público de referência em saúde mental. A amostra aleatória simples foi composta por 20 crianças, nas quais foi aplicado o instrumento Escala Brasileira de Alimentação, sendo os dados analisados por estatística descritiva através de medida de tendência central e de dispersão. Observou-se por meio da aplicação da Escala Brasileira de Alimentação que em média 66,7% das crianças <7 anos apresentavam um bom apetite. Já as crianças com idade igual a 7 anos apresentaram maior seletividade se comparadas às crianças menores ou maiores de 7 anos. Mas, crianças >7 anos possuem maiores dificuldades em relação aos aspectos comportamentais, sendo o uso de distratores presente em 85,7% e, devido esse fator, resultam em maior preocupação parental, além de também apresentarem menor apetite do que as demais faixas etárias analisadas. Dessa forma, fica evidente a existência da seletividade alimentar, sobretudo com as dificuldades severas sendo evidenciadas em faixas etárias maiores. É necessário que ocorra uma intervenção adequada, aconselhando os responsáveis e as crianças sobre a necessidade e a importância da alimentação no TEA a fim de constituir-se um ambiente alimentar adequado.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Seletividade Alimentar; Educação Parental.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), conhecido como um dos transtornos do neurodesenvolvimento de início precoce, causa desvios no comportamento e desenvolvimento (KLIN, 2006). Sua etiologia, ultimamente vem sendo considerada como uma síndrome multicausal, com fatores genéticos, ambientais e neurológicos, tendo origem nos primeiros anos de vida, no início do desenvolvimento, identificada entre os 12 a 24 meses de idade da criança (CARDOSO et al., 2019).

Algumas crianças possuem sintomas aparentes no início, com a presença de comportamentos repetitivos ou restritos, sendo variável a gravidade de sintomas. São observadas algumas características comportamentais como, ansiedade, agressividade, compulsão, déficit de atenção e hiperatividade (NOVAES, PONDÉ & FREIRE, 2008), ocasionando dificuldade de comunicação, aprendizagem e interação social. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2018), relata-se que 1 a cada 44 crianças possuía TEA. Recentemente, em março de 2023, o mesmo órgão divulgou a mudança na prevalência de TEA, onde 1 a cada 36 crianças de 8 anos foram identificadas com TEA nos Estados Unidos no ano de 2020, mostrando o aumento progressivo deste transtorno (CDC, 2023). Vale ressaltar que, pela primeira vez, mostrou-se porcentagens de crianças pretas de 8 anos com TEA (2,9%) maior que de brancas (2,4%) (CDC, 2023). Em termos mundiais, em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que uma taxa de 1 a cada 160 crianças teria o diagnóstico de TEA.

O diagnóstico de TEA é realizado através de critérios comportamentais, de preferência por uma equipe multidisciplinar, constituída por psicólogo e médico psiquiatra, pediatra ou neurologista, sendo os profissionais responsáveis pelo diagnóstico (BORDINI et al, 2014). Utiliza-se como critérios de avaliação o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), através de sintomas que apresentam certa complexidade em sua identificação. Para obter-se o diagnóstico é preciso que existam algumas características comportamentais as quais se enquadram no Transtorno do Espectro Autista (TEA) tais como dificuldades de interação social, atividades restritas, repetitivas, estereotipadas, e falhas no processamento sensorial (CASE-SMITH, O'BRIEN, 2010).

São causas decorrentes do TEA disfunções sensoriais, em que as mensagens neurais não são enviadas de maneira adequada pelo cérebro, privando-se a capacidade de registrar, processar, executar e organizar as informações, gerando, assim, dificuldades no processamento sensorial (MATTOS, 2019), condição essa que acomete cerca de 45 a 95% dos autistas (BEN-SASSON et al, 2009). Dentre desses aspectos, percebe-se que crianças com diagnóstico de TEA

desenvolvem recusa alimentar, podendo levar a transtornos de alimentação, como a seletividade alimentar, que ocorre quando existe uma quantidade limitada de alimentos consumidos, seja devido textura, cor ou cheiro, possuindo prevalência na aceitação por alimentos não saudáveis (BELLEFEUILLE, 2014). Trabalhar fatores sensoriais como, cheiro, textura, temperatura e sabor podem contribuir para a diminuição da seletividade alimentar da criança (BANDINI, et al, 2010; ZOBEL-LACHIUSA et al, 2015).

Nesse sentido, o estado nutricional de crianças com TEA são motivos de preocupação devido a alta prevalência de casos de alimentação inadequada e também por uma falta de equilíbrio energético, com deficiência de vitaminas e minerais importantes para a saúde que podem levar a casos de desnutrição, obesidade e perda ou ganho de peso, além de distúrbios gastrointestinais (SHARP e LUKENSC, 2013; YANG et al., 2018). As crianças autistas tendem a possuir maiores chances de obesidade, devido a preferência por alimentos ricos em carboidratos simples e gorduras e também ao excesso de doces, que estão associados aos estímulos sensoriais do gosto e aroma (BRAET e VAN STRIEN, 1997).

Crianças com diagnóstico de TEA possuem alto grau de seletividade e neofobia alimentar, causando principalmente bloqueios alimentares. O comportamento repetitivo e o interesse restrito causa a seletividade dietética (SILVA, 2011). Muitas dificuldades são encontradas e possuem impacto direto no cotidiano das famílias, tornando difícil o momento das refeições.

As alterações no processamento sensorial presentes em muitas crianças com TEA resultam em respostas inadequadas, gerando, assim, um impacto considerável em diversas áreas do desenvolvimento infantil e em atividades do dia a dia, como, a alimentação (NADON, et al., 2011).

A aplicação de questionários com os responsáveis ou cuidadores auxilia na identificação de percepções acerca de dificuldades alimentares, trazendo uma perspectiva mais ampla e precoce de como está sendo o comportamento alimentar dessa criança (DINIZ, 2019). Pais, responsáveis e/ou cuidadores enfrentam, no início do diagnóstico, uma realidade de grande impacto, no que se refere ao aspecto socioeconômico e/ou emocional. Logo que a família recebe um diagnóstico de TEA, depara-se com uma situação complexa e desafiadora para as famílias e profissionais. Através da falta de comunicação entre a criança, e de acesso a informações pelos pais, formam-se obstáculos que podem afetar o crescimento e desenvolvimento da mesma. Portanto, o objetivo do presente trabalho é investigar dificuldades alimentares em crianças

com Transtorno do Espectro Autista atendidas em ambulatório especializado em Fortaleza-Ceará.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, realizada no período de fevereiro a abril de 2022. Amostra aleatória simples de 20 crianças, com faixa etária de 4 a 10 anos, as quais possuem o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e são acompanhadas em ambulatório especializado em crianças com TEA, localizado em um hospital público de referência em saúde mental.

A investigação ocorreu em dois momentos, onde no primeiro houve uma conversa com os familiares das crianças na sala de espera no ambulatório e aplicação de um questionário semi-estruturado incluindo perguntas sobre alimentação, dificuldades e facilidades das refeições, além de dados socioeconômicos. No segundo momento, ocorreu a aplicação da Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI) com o intuito de investigar o consumo alimentar da criança e a ausência ou presença de seletividade alimentar, bem como as preferências alimentares segundo gênero e idade. Esta escala é validada e trata-se de uma tradução para o português da *Montreal Children's Hospital Feeding Scale* (MCH-FS), criada em 2020.

As questões analisadas foram divididas em diferentes dimensões: resposta à saciedade, prazer em comer, resposta à comida, seletividade alimentar, ingestão emocional, relação da criança com o alimento. As respostas receberam pontuação de 1 a 7 e o participante deveria escolher a opção que melhor se aplicava ao seu caso, variando assim a ordem entre muito difícil, não estou preocupado, fácil, tem um bom apetite e se comporta bem, sempre alterando o significado dos números com a pergunta. Em seguida, realizou-se a contagem de escores brutos da EBAI de acordo com a marcação dos números das perguntas anteriores.

Sendo assim, após a realização da contagem do total do escore bruto (T) referente a cada entrevistado, realizou-se a interpretação de acordo com os resultados dos escores brutos em: dificuldades leves ($T > / 61$), dificuldades moderadas ($T > / 66$) e dificuldades severas ($T > / 71$). Para analisar o escore com a interpretação, teve-se como base a relação dos pontos levantados, onde, quanto maior a variação do escore, maior a dificuldade encontrada.

A tabulação dos dados foi realizada segundo gradação de idades, com grupos entre crianças menores de 7 anos, igual a 7 anos e outro grupo até 10 anos, avaliando, assim, a perspectiva ao decorrer das idades, e analisando a diferença das interpretações com base no desenvolvimento da criança.

A análise de dados deu-se por estatística descritiva através de frequência simples percentual, medida de tendência central e de dispersão.

A presente pesquisa seguiu as normas de estudos com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da sob parecer de número 5.230.635.

3. RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 20 crianças de 4 anos (57 meses) até 10 anos (120 meses) com diagnóstico em Transtorno de Espectro Autista, a quantidade de crianças que eram do gênero masculino (75%), foi maior que o gênero feminino (25%), prevalecendo 50% (n=10) de crianças com idade igual a 7 anos, e 75% (n=15) cursando fundamental I (tabela 1).

No estudo foi visto que 100% das crianças fazem o uso de medicamentos, existindo uma prevalência no uso em Risperidona, Ritalina e Clonidina (tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e medicamentosos de crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em uma instituição, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022

Característica das crianças (N=20)		
Gênero	Nº	%
Masculino	15	75%
Feminino	5	25%
Faixa etária	Nº	%
< 84 meses	3	15%
84 meses	10	50%
Até 120 meses	7	35%
Escolaridade	Nº	%
Infantil 3, 4, 5	2	10%
Fundamental I	15	75%
Fundamental II	1	5%
Não relatado	2	-
Medicamentos	Nº	%
Risperidona	15	75%
Clonidina	7	35%
Ritalina	7	35%
Prometazina	2	10%
Ácido Valproico	1	5%
Fluoxetina.	2	10%
Clozapina	1	5%
Clopromazina	1	5%

Fonte: Autoria própria

As condições socioeconômicas apontaram para a prevalência de famílias com renda de 1 salário mínimo (tabela 2). O grau de escolaridade dos responsáveis teve maior percentual em ensino fundamental incompleto, com 70% (n=14). A idade materna variou entre 15 a 35 anos,

tendo maior prevalência no percentual entre 26 a 35 anos (tabela 2), com média de idade em anos de aproximadamente 26 ± 9 .

Tabela 2. Características sociodemográficas dos responsáveis de crianças com Transtorno do Espectro Autista atendidas em uma instituição, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022

Características dos responsáveis (N=20)		
Escolaridade	Nº	%
Fundamental I	4	20%
Fundamental II	10	50%
Ensino Médio completo	3	15%
Ensino Médio incompleto	0	0
Ensino Superior	2	10%
Não relatado	1	-
Idade materna	Nº	%
<= 25 anos	7	35%
26 a 35 anos	10	50%
Não relatado	3	-
Renda	Nº	%
1 – 2 salários mínimos	20	100%
> 2 salários mínimos	0	0
Ocupação	Nº	%
Desempregado	15	75%
Autônomo	1	5%
Empregado	3	15%
Aposentado	1	5%

Fonte: Autoria própria

A tabela 3 mostra, por faixa etária, o comportamento alimentar avaliado através das respostas da escala EBAI, em que, quanto maior o percentual encontrado com base nas perguntas, maior a dificuldade. As perguntas são divididas em 6 categorias, como aspectos comportamentais, seletividade alimentar, habilidade de mastigação, apetite, preocupação parental, relação parental com alimentação.

Após a separação por faixa etária, nas perguntas relacionadas ao apetite, tivemos uma média de 66,7% de crianças <7 anos possuindo um bom apetite.

Em relação a seletividade alimentar, foi avaliado que crianças com idade igual a 7 anos demonstraram maior percentual (90%), no quesito náuseas, cuspe e vômito de alimentos durante a refeição. Assim como a relação dos responsáveis por estas crianças com a alimentação, que foi de 70%, mostrando, então, que a alimentação delas pouco interfere na relação com a família. Entre as faixas etárias <7 anos e >7 anos, houve uma média de escore bruto igual (50%) em relação à habilidade de mastigação.

Nas crianças >7 anos foi avaliado um aumento significativo na média de percentual (54,8%) em relação aos aspectos comportamentais. De acordo com os responsáveis, o uso de distrações (TV, celular ou brinquedos) como forma de incentivo para comer, foi comportamento presente em 85,7% dessas crianças, enquanto no apetite a média foi bem inferior (50%) a outras faixas etárias, assim mostrando uma recusa na alimentação no início da refeição, e um alto percentual referente a necessidade de o responsável forçar a criança a comer ou beber algo.

Tabela 3. Percentual de crianças por faixa etária de acordo com as respostas da escala EBAI, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022

Comportamento Alimentar	< 84 meses	84 meses	Até 120 meses
	(N=3)	(N=10)	(N=7)
Aspectos Comportamentais	33,33%	33,33%	54,76%
Seletividade Alimentar	66,67%	90%	57,14%
Habilidade de Mastigação	50%	40%	50%
Apetite	66,67%	60%	50%
Preocupação Parental	66,67%	50%	85,71%
Relação Parental e alimentação	66,67%	70%	42,85%

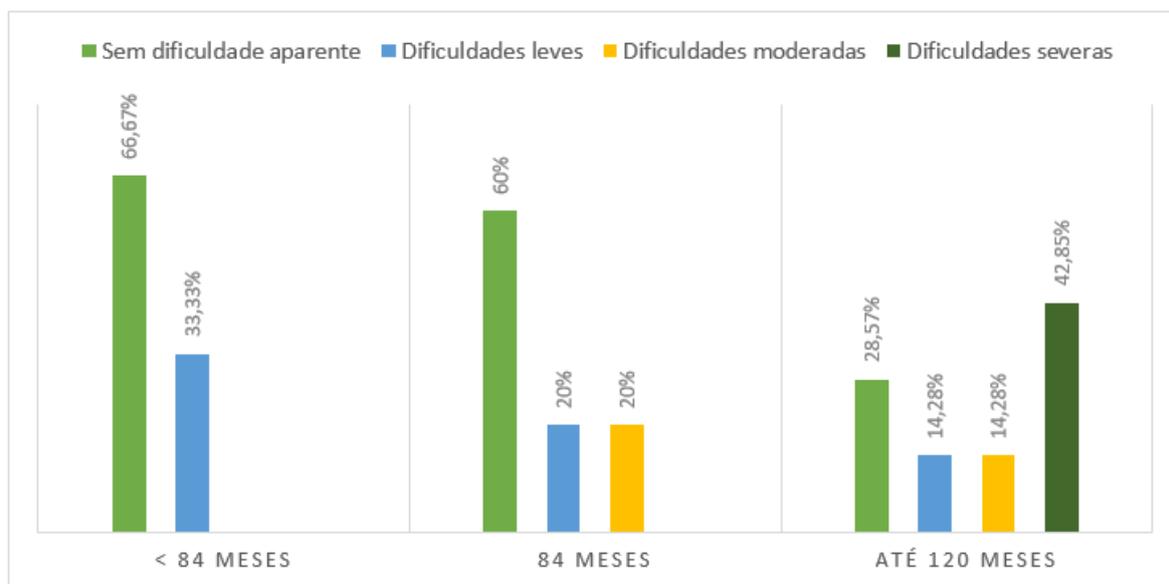
Fonte: Autoria própria

Ao observar o gráfico 1, verifica-se a interpretação da escala EBAI, dividida por faixa etária, demonstrando resultados de dificuldades leves, moderadas e severas, além do acréscimo de uma classificação, sem dificuldades aparentes que foi usada para definir crianças que não possuíam score $T \geq 61$. Em crianças < 7 anos, teve percentual de 66,67% (n=3) que não possuem dificuldade aparente e 33,33% (n=3) mostrou ter dificuldade moderada. Nas crianças com idade igual a 7 anos 60% (n=10) não possui nenhuma dificuldade aparente, e percentual de 20% (n=10) com dificuldade moderada

Diferente das outras faixas etárias, em crianças >7 anos, pode-se notar a presença da classificação de dificuldades severas, em que 42,85% (n=7) das crianças possuem. De acordo com a média de $57,33 \pm 11,02$, crianças <84 meses foram consideradas sem dificuldades aparentes. Com crianças de 84 meses, foi obtido média de $59,11 \pm 6,55$, considerando também sem dificuldades aparentes. Na faixa etária de até 120 meses, obteve média de $66,86 \pm 11,38$ que foi classificado com dificuldades moderadas.

Na média de todas as crianças obtiveram-se os escores brutos de $61,15 \pm 9,62$, o que é considerado dificuldade leve.

Gráfico 1. Percentual de crianças de acordo com a dificuldade da escala EBAI dividido por ordem de faixa etária (<84 meses, 84 meses e até 120 meses). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022



Fonte: Autoria própria.

4. DISCUSSÃO

Com base em Araújo (2020) existe maior prevalência do Transtorno do Espectro Autista em meninos, corroborando com a pesquisa que também encontrou uma maioria de crianças do gênero masculino (75%).

Todas as crianças que participaram da pesquisa faziam o uso de medicamentos com o objetivo de amenizar características presentes no TEA, sendo, o mais citado dos fármacos, a risperidona, a qual se constitui como a primeira opção de terapia medicamentosa. Aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA), o fármaco é um antipsicótico mais utilizado no tratamento (EISSA, 2018), que age como antagonista dos receptores de serotonina e dopamina. Deve-se fazer o uso do fármaco com atenção, por existir relação do mesmo com ganho de peso, aumento de apetite, sonolência, fadiga, constipação e tontura nas crianças.

Através da aplicação da escala, pôde-se observar a presença de transtornos alimentares, como a seletividade alimentar, apetite, mastigação, aspectos comportamentais, preocupação dos pais e como a alimentação da criança com autismo influencia no comportamento alimentar da família, visto que a seletividade alimentar foi vista em todas as faixas etárias, considerando que existe um percentual maior nas crianças com idade igual a 7 anos, assim sendo relatado que nauseiam, cospem ou vomitam algum tipo de alimento.

De acordo com Rocha et al., (2019), a seletividade alimentar é considerada um grave problema nutricional, por possuir a recusa alimentar e dificuldade de comer novos alimentos.

As maiores dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar foram identificadas em crianças >7 anos, mostrando também que nessa idade realizam a refeição mais rápido, não cumprindo com os minutos necessários para que ocorra a mastigação de forma correta. Além do uso de distratores para que a criança se sentasse à mesa ou terminasse de realizar as refeições, além da prática realizada pelos responsáveis de forçar a alimentação, em que foram descritos pelas mães como, momentos de estresse, preocupação e luta. De acordo com Nadon et al., (2011) ressaltou que os responsáveis dão maior assistência e suporte para a criança com TEA, usando estratégias de recompensa e distração para conseguir lidar com os aspectos alimentares. Um estudo mais recente de Lázaro e Pondé (2017) relatou que mães são mais flexíveis em relação ao aceitar a recusa alimentar dos filhos, agravando os problemas dos aspectos comportamentais na hora da refeição. Se tratando de recusa de mastigar Paula et al., (2020) retrata que esta situação pode ocorrer em virtude da necessidade de ingestão de líquidos durante as refeições por crianças com TEA, já que as mesmas têm dificuldade de deglutição e motricidade mastigatória, como cita Rodrigues et al (2020).

Crianças com autismo que são seletivas, possuem também o medo de algo ou algum alimento novo, sendo a neofobia alimentar, podendo apresentar problemas de saúde, devido a ingestão inadequada de vitaminas e nutrientes (FERREIRA, 2009).

O momento da refeição é importante para a socialização da família, assim fortalecendo vínculos e relações afetivas, através da alimentação parental responsiva, sendo responsável por interpretar e analisar os sinais de fome e saciedade (SILVA et al., 2016). Através dessas relações avalia-se como é o convívio dos responsáveis e a família com a rotina alimentar da criança, podendo ser visto que na faixa etária maior de 7 anos, existe uma preocupação parental maior em relação a alimentação e crescimento, mas a seletividade e dificuldade da alimentação não influencia no consumo da família. É de extrema necessidade que os pais e responsáveis recebam orientações e suporte adequado, apoiando as famílias em aprovar estratégias que ajudem a enfrentar e melhorar os problemas alimentares da criança.

Os dados encontrados na pesquisa demonstraram que a presença de seletividade alimentar é mais comum nas crianças maiores de 7 a 10 anos, pela dificuldade de realizar as refeições, e o uso de distrações para conseguir comer.

5. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a alta prevalência de seletividade alimentar, sobretudo em crianças maiores. As dificuldades severas apareceram em faixa etária maior. O uso de distratores e a

prática de insistência durante a alimentação destas crianças foram evidenciadas na pesquisa. Além disso, o uso dos fármacos, que possuem uma variedade de efeitos, também constituindo um fator contribuinte para o comportamento alimentar dessas crianças.

É necessário que ocorra uma intervenção adequada para que se estabeleça um acompanhamento nutricional adequado, pois observa-se que as crianças e seus responsáveis precisam de direcionamentos e estratégias adaptativas sobre a importância da alimentação no TEA, assim como treinamento/orientação parental a fim de construir um ambiente alimentar adequado para o comer destas crianças.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. Ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014.

ARAUJO, A. S. M. Estudo metodológico sobre o comportamento de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) durante a pandemia da COVID-19. 26f. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia)** - Departamento de Farmácia, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

BEN-SASSON, A, et al.; A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders, - **Journal of Autism and Developmental Disorders**. 39, 1-11, 2009.

BELLEFEUILLE, B.; Recusa a seletividade alimentar e alimentar em crianças menores de 3 anos de idade: Uma combinação complexa de problemas médicos, sensorio-motores e comportamentais – **Acta Pediátrica**, 72(5): 92-97, 2014.

BANDINI, L.G, et al.; Seletividade Alimentar em crianças com autismo e desenvolvimento de crianças típicas – **Rev. J Pediatr**, v. 157, n. 2, p. 259, 2010.

BORDINI, D, et al.; Impacto do treinamento em autismo para prestadores de cuidados primários: um estudo piloto – **Rev. Bras Psiquiatria**, v 37, 2014.

BRAET, C.; VAN STRIEN, T.; Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and nonobese children – **Science Direct**, v. 35, n.9, p. 863-873, 1997.

CARDOSO, A. M, et al.; Transtorno do Espectro do Autismo. **Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento**, n. 05, 2019.

CASE-SMITH, J.; O'BRIEN, J.C.; **Occupational Therapy For Children**. Maryland Heights, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network. **MMWR**, Surveill Summ, V.72, n.2, mar., 2023.

DINIZ, P. Adaptação Transcultural e Validação da Escala Montreal Children's Hospital Feeding Scale para o Português falado no Brasil. 75 f. **Tese (Doutorado em Ciências Pneumológicas)** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2019.

EISSA, N, et al.; Current enlightenment about etiology and pharmacological treatment of autism spectrum disorder. **Frontiers in Neuroscience**, v. 12, p. 1-26, 2018.

FERREIRA, J. C.P. Estudo Exploratório da Qualidade de Vida de Cuidadores de Pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo. Porto: J. Ferreira. **Dissertação de Licenciatura**, 2009

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral – **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, 2006.

LÁZARO, C. P.; PONDÉ, M. P.; Narratives of mothers of children with autism spectrum disorders: focus on eating behavior. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 39(3), p. 180 - 187, 2017.

MARÍ-BAUSET, S, et al.; Estado Nutricional de Crianças com Transtornos do Espectro Autista (TEA): Um Estudo de Caso-Controle. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 45, p. 203 – 212, 2015.

MATTOS, J.; Alterações sensoriais no transtorno do espectro autista (TEA): implicações no desenvolvimento e na aprendizagem – **Rev. Psicopedag**, v. 36, n. 109, 2019.

NADON, G.; FELDMAN, D.E.; DUNN, W.; GISEL, E.; Associação de problemas de processamento sensorial e alimentação em crianças com transtornos do espectro do autismo. **Autism Res Treat.**, p. 1 – 8, 2011.

NOVAES, C.; PONDÉ, M. P.; FREIRE, A. C. C.; Controle da agitação psicomotora e agressividade em pacientes com autismo: estudo retrospectivo de revisão de prontuário, **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 66, 2008.

PAULA, F. et al. Transtorno do espectro do autismo: impacto no comportamento alimentar. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p.5009-5023, 2020.

ROCHA, G. S. S. et al.; Análise da seletividade alimentar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista, **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, 2019.

RODRIGUES, C. et al. O consumo alimentar de crianças com transtorno do espectro autista está correlacionado com alterações sensório-oral e o comportamento alimentar. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 67155-67170, 2020.

SILVA, N. I.; Relação entre hábitos alimentar e síndrome do espectro autista, **Science et Technologies Alimentaire**, 2011.

SILVA, G. A. P.; COSTA, K. A. O.; GIUGLIANI, E. R. J.; Alimentação infantil: Além dos aspectos nutricionais, **Jornal de Pediatria**, v.92, 2016.

SHARP, W. G.; LUKENSC, C. T. Avaliação multimétodo de problemas alimentares entre crianças com transtornos do espectro autista, **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 7, p. 56 – 65, 2013.

ZOBEL-LACHIUSA, J.; ANDRIANOPOULOS, M. V.; MAILLOUX, Z.; CERMAK, S. A.; Diferenças sensoriais e comportamento da refeição em criança com autismo, **American Journal of Occupation Therapy**, v. 69, 2015.

YANG, Y.; TIAN, J.; YANG, B.; Segmentando o microbioma intestinal: Uma terapia nova e potencial para o autismo. **Life Sci**, v. 194, p. 111-119, 2018.

Capítulo IX

IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-9

Adriana Rocha Solon ¹
Andrea Pinheiro da Rocha ²
Igor Guidetti ³
Samara Naiane de Souza Nascimento ⁴
Samara Nunes de Souza ⁵
Wesley Soares Ramos ⁶

¹ Enfermeira - Gerente da Gerência de Risco Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Enfermeira - Gerente de Enfermagem Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Psicólogo - Coordenador de serviço ELO de VIDA Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Enfermeira - Educação Permanente em Serviço de Saúde Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Enfermeira - Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁶ Psicólogo - Coordenador dos Ambulatórios Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: samaranaiane@yahoo.com.br

RESUMO

Os núcleos de epidemiologia hospitalar (NHE) foram instituídos em julho de 2021 pela portaria 1.693, de 23 de julho de 2021. A mesma fica instituída no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, proporcionando aos gestores elementos para apoiar a tomada de decisão frente aos eventos de interesse para a saúde. O NHE objetiva oferecer informações estratégicas para a organização, preparação e resposta do serviço hospitalar no manejo de eventos de interesse à saúde, diante de casos de surtos ou períodos pandêmicos. O NHE foi implementado por uma enfermeira em um hospital de referência em saúde mental do estado do Ceará, no período de outubro de 2021 a dezembro de 2021. Para o processo de implantação e implementação de um NHE, em um hospital não clínico, a orientação em serviço foi e deve ser ativo e rotineiro, tendo em vista que passou a ser uma atividade que antes não era realizada. Diariamente, é realizada busca ativa nas unidades de internação com o objetivo de verificar os casos notificados e orientar sobre possíveis dúvidas existentes no ato de preenchimento das fichas de notificação. Justifica-se a relevância da implantação e implementação do NHE, tendo em vista a importância da divulgação das informações para a elaboração de melhorias das intervenções por meios das políticas públicas de saúde no âmbito nacional, estadual e local, sabendo que o NHE tem o papel de monitorar, avaliar e divulgar o perfil de doenças, agravos e mortalidade do ambiente hospitalar. Contudo, esse processo ocorre de forma contínua, ativa e participativa, sensibilizando os profissionais acerca da importância de notificar, a fim de alcançar 100% dos casos notificados.

Palavras-chave: Epidemiologia de Pessoa Sob Investigação; Doenças e Agravos de Notificação Compulsória; Epidemiologia

1. INTRODUÇÃO

Entende-se por Vigilância Epidemiológica Hospitalar, mais conhecida como VEH/NHE um conjunto de ações no âmbito hospitalar, que agregam o conhecimento e detecção de variações de fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, que tem

por finalidade recomendar e aderir às medidas de prevenção e controle das doenças sejam elas transmissíveis ou não e agravos à saúde, (BRASIL, 2021).

A lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 a mesma dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, estabelecendo normas relativas á notificações compulsórias de doenças e outra providencia. Portaria GM/MS Nº 3.418 de 31 de agosto de 2022 altera lista nacional de notificações compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde publica nos serviços de saúde em todo o território nacional. (BRASIL,1975).

No Art.7.da lei em questão, os casos suspeitos ou confirmados são de notificação compulsória, as doenças que podem necessitar de medidas como o isolamento, segundo o Regulamento Sanitário Internacional. Já no Art.8. é obrigatória aos profissionais de saúde no exercício da profissão, comunicar à autoridade sanitária em caso de doenças transmissíveis realizando as notificações (BRASIL,1975)

Com isso em julho de 2023, tivemos a publicação da Portaria GM/MS nº 1.693, que instituí a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, com o propósito de fortalecer e descentralizar a Vigilância Epidemiológica no âmbito hospitalar, possibilitando aos gestores elementos para apoiar a tomada de decisões frente aos eventos de interesse para saúde pública, (BRASIL, 2021).

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) é vinculado ao Ministério da Saúde (MS) que tem como objetivo principal a detecção, o monitoramento e resposta imediata às possíveis Emergências de Saúde Pública (ESP) identificadas em hospitais. As notificações de doenças, agravos e eventos de saúde pública (DAE) realizadas nos Hospitais são de grande importância no total de notificações registradas pelas unidades notificadoras, tendo uma representatividade significativa nas notificações gerais (BRASIL, 2021).

Compreende-se a notificação compulsória a maneira de informar às instâncias superiores da ocorrência de doenças, agravos e eventos de saúde pública, mais conhecidos como DAE, para poder ter tempo hábil para realizar intervenções de saúde e a partir dessas informações melhorar as políticas de saúde pública do país.(SOUSA, 2019).

Porém, questiona-se o que notificar? Podemos identificar na Portaria GM/MS Nº 217 de 1º de março de 2023, Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, altera a Lista Nacional de Notificações Compulsórias de Doenças, Agravos e Eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, atualmente com 53 doenças e agravos a serem notificados.

Compreende-se a notificação compulsória a maneira de informar às instâncias superiores da ocorrência de doenças, agravos e eventos de saúde pública para poder ter tempo hábil para realizar intervenções de saúde e a partir dessas informações melhorarem as políticas de saúde pública do país. (SOUSA, 2019).

Justifica-se a relevância da implantação e implementação do NHE, tendo em vista a importância da divulgação das informações para a elaboração de melhorias das intervenções por meios das políticas públicas de saúde no âmbito nacional, estadual e local, sabendo que o NHE tem o papel de monitorar, avaliar e divulgar o perfil de doenças, agravos e mortalidade do ambiente hospitalar. Contudo, esse processo ocorre de forma contínua, ativa e participativa, sensibilizando os profissionais acerca da importância de notificar, a fim de alcançar 100% dos casos notificados.

2. OBJETIVO

Relatar a experiência do processo de implantação e implementação de um núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, elaborado no eixo temático do planejamento estratégico da saúde mental, a nível hospitalar. Desenvolvido em um hospital de referência em Saúde Mental no Estado do Ceará. No período de outubro de 2021, na cidade de Fortaleza-CE.

O núcleo de epidemiologia hospitalar foi implantado e implementado por uma enfermeira de um hospital de referência em saúde mental do estado do Ceará em parceria com gestores multiprofissionais das unidades assistenciais e coordenadores de categoria.

As atividades realizadas pelo núcleo atendem as normativas da portaria que o institui. Dentre as atividades podemos citar a PORTARIA GM/MS Nº 1.693, DE 23 DE JULHO DE 2021 que Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). Art. 335-U, que descreve as mesmas.

Tendo em vista que o trabalho deve ser diário, inicialmente foi apresentada aos profissionais da repartição a lista nacional de notificações compulsórias de doenças e agravo de saúde pública, deixando cópias das notificações que poderiam ser mais incidentes de acordo com o perfil dos pacientes atendidos no hospital.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processo de implantação e implementação de um NHE, em um hospital não clínico, o processo de orientação em serviço foi e deve ser ativo, fazendo parte da rotina diária do serviço. Tendo em vista que passou a ser uma atividade que antes não era realizada. Diariamente foi realizada busca ativa nas unidades de internação com o objetivo de verificar os casos notificados e orientar sobre possíveis dúvidas existentes no ato de preenchimento das fichas de notificação. O principal desafio encontrado permeia sobre o processo de sensibilização para a realização das notificações. Contudo, esse processo ocorre de forma contínua, ativa e participativa, sensibilizando os profissionais acerca da importância de notificar.

Diariamente, em turnos oportunos realizamos orientação em serviço, para a importância da notificação, reforçando ainda os casos que devem ser notificados, e informando qual deve ser a ficha a ser preenchida respectivamente ao agravo identificado.

5. CONCLUSÃO

Contudo ainda continuamos no processo de conscientização por parte dos colaboradores tendo em vista o artigo 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, a notificação é obrigatória à autoridade de saúde, e deverá ser realizada por todos os profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados que prestem assistência ao paciente sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doenças e agravo ou eventos de saúde pública

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º1693, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º1694, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 217 de 1º de março de 2023. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo "Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes" por "Acidente de Trabalho" na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de fortalecimento e ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - RENAVEH.2021**

BRASIL. Lei n.º6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 14.433, 1975.

SOUSA, S. P. O. et al. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 465-474, set. 2019

Capítulo X

PROJETO ESCUTHA NAS ESCOLAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-100

Wesley Soares Ramos ¹
Daniele Gonçalves Freitas ²
Samara Naiane de Souza Nascimento ³
Samara Nunes de Souza ⁴
Samia Assunção de Oliveira ⁵
Andrea Pinheiro da Rocha ⁶

¹ Psicólogo – Coordenador dos Ambulatórios Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Enfermeira - Gestora de unidade Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Enfermeira - Educação Permanente em Serviço de Saúde Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Enfermeira - Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Enfermeira - Gestora de unidade Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁶ Enfermeira - Gerente de Enfermagem Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: wesleyramospsicologia@gmail.com

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 700 mil pessoas tiram a vida todos os anos, entre 2000 e 2019 o suicídio foi considerado a 4ª maior causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, as autoridades em saúde estão enxergando o fenômeno do suicídio como um problema macro e silencioso, difícil de ser solucionado por duas causas: existem uma série de fatores que podem levar o sujeito a cometer o suicídio, dessa forma, não é possível determinar um fator exclusivo que explique esse crescimento exponencial dos casos e o outro é referente a subnotificação, devido a isto não é possível datar de forma correta a quantidade de casos que ocorrem, dessa forma as políticas públicas tornam-se ineficientes devido o alcance ser limitado em decorrência dos dados. Na realidade local, vivenciamos diversas admissões de pacientes menores, em virtude da realização da prática de violência interpessoal autoprovocada, seja por meios de violência física ou por intoxicação exógena. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi descrever a experiência do processo de criação e implementação do projeto nas escolas públicas do Estado do Ceará, dada a necessidade sensibilizar o público mais jovem. O projeto acontece desde 2017 e já aconteceu em mais de cem ambientes, entre escolas públicas, centros universitários, empresas e outros espaços, conforme observado nas figuras abaixo. Com isso, é pertinente e de suma importância um olhar para criação de políticas públicas de saúde que trabalhem a intersetorialidade entre o setor saúde e o da educação, no enfrentamento dos problemas de saúde mental na população estudantil.

Palavras-chave: Saúde Mental; Educação Continuada; Suicídio.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 700 mil pessoas tiram a vida todos os anos, entre 2000 e 2019 o suicídio foi considerado a 4ª maior causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos (PAVAN, B. 2022)

Dados recentes divulgados pelo DataSUS demonstram uma grande preocupação na perspectiva da saúde pública, nos últimos 20 anos os suicídios subiram de 7 mil para 14 mil,

mais de um a cada hora, sem contar os casos que não foram notificados, os dados superam inclusive os acidentes de moto no mesmo período. As autoridades em saúde estão enxergando o fenômeno do suicídio como um problema macro e silencioso, difícil de ser solucionado por duas causas: existem uma série de fatores que podem levar o sujeito a cometer o suicídio, dessa forma, não é possível determinar uma fato exclusivo que explique esse crescimento exponencial dos casos e o outro é referente a subnotificação, devido a isto não é possível datar de forma correta a quantidade de casos que ocorrem, dessa forma as políticas públicas tornam-se ineficientes devido o alcance ser limitado em decorrência dos dados. (OMS, 2022).

Na realidade local, vivenciamos diversas admissões de pacientes menores, em decorrência da realização da prática de violência interpessoal autoprovocada, seja por meios de violência física ou por intoxicação exógena.

Um estudo realizado no Piauí envolvendo 674 alunos de escolas públicas e privadas, teve uma prevalência de tentativa de suicídio de 7,9%, tendo uma maior frequência no sexo feminino (10,2%) (SOUSA *et al*, 2020).

Embora não haja literatura datando essa realidade no Estado do Ceará, a realidade das escolas públicas do Estado possuem casos alarmantes, evidenciado após visitas às unidades escolares. Diante disso é somando a vivência na unidade hospitalar, surgiu a necessidade de sensibilizar o público mais jovem, a fim de alertá-los e orientá-los o caminho da vida e na busca por um serviço de tratamento e recuperação da saúde mental.

2. OBJETIVO

Descrever a experiência do processo de criação e implementação do projeto Escutha nas escolas nas escolas públicas do Estado do Ceará.

3. METODOLOGIA

O ciclo de palestras nas escolas públicas do Estado do Ceará iniciou em 2017 e acontece até os dias atuais.

A palestra é adaptada e variada para o público de acordo com o perfil do ouvinte, são avaliados alguns pontos, tais como: idade, formação e histórico prévio determinado pela escola.

As palestras são interativas e dinâmicas e duram em média 90 minutos, totalmente gratuitas e como foco na valorização a vida e na prevenção ao suicídio.

Durante a atividade é realizado um acolhimento inicial a apresentação é pautada nos seguintes pontos:

- Apresentação de dados epidemiológicos sobre o suicídio;
- Apresentação dos principais sinais;
- Apresentação sobre os fatores de risco;
- Apresentação sobre ansiedade e depressão (a causa biológica das doenças, seus principais sintomas e tratamento).
- Momento de desmitificar algumas falas comuns referentes ao suicídio;
- Apresentação das frases de alertas;
- Locais em que as pessoas podem procurar ajuda.

Encerrada a apresentação, as dúvidas são sanadas e geralmente utilizamos uma dinâmica para encerrar o momento.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

O projeto acontece desde 2017 e já foi apresentado em mais de cem ambientes, entre escolas públicas, centros universitários, empresas e outros espaços, conforme observado nas figuras abaixo.



Imagem 1: Momento de interação com o público



Imagem 2: Apresentação



Imagem 3: Momento de interação com o público

Fotos autorizadas*

A didática é aplicada da seguinte maneira, inicialmente apresentação do palestrante, que identifica o lugar de fala dele e das suas experiências na saúde mental para promover credibilidade na fala e seriedade do assunto abordado.

Após as considerações iniciais, os alunos são colocados em círculo ou no formato padrão de sala de aula e é realizado uma espécie de check list de como esses alunos chegaram a escola, é explicado o que será abordado nas apresentações e com isso os alunos que não sentirem-se a vontade de participar são dispensados da atividade sem prejuízo acadêmico, por dois motivos, um dos objetivos do “escutha nas escolas” é tratar a questão da prevenção ao suicídio, por muitas vezes esse assunto pode ser delicado para alguns dos alunos e para evitar que o ambiente se torne um gatilho ele recebe um acolhimento individual em outro momento. O outro motivo é quando o aluno não demonstrar interesse no assunto e não se sentir confortável em participar, dessa forma é autorizado a sua saída, assim como no caso anterior tenta-se uma abordagem individual, que nem sempre logra êxito.

4.1. Dinâmica do balão amarelo:

A dinâmica acontece da seguinte forma, é escolhido previamente um texto, de acordo o perfil da turma, informado anteriormente pelos coordenadores e esse texto é retalhado em pequenas frases que são enumerados de forma crescente e colocadas dentro do balão vazio, é iniciado uma música envolvente em que os alunos são convidados a confraternizarem, com o fim da música pedimos para eles escolherem algo que eles querem deixar na palestra, um sentimento ruim ou um medo, eles enchem os balões como forma de externar esses sentimentos e em seguida são convidados a estourar os balões, dessa forma o sujeito finda de forma simbólica aquilo que externou e para finalizar ler em cadeia crescente as mensagens numeradas a fim de concluir um texto por completo, na saída da sala eles recebem um chocolate e os registros fotográficos são realizados com aqueles que sentirem-se à vontade e autorizarem o uso da imagem.

4.2. Acolhimento individual:

Encerradas as apresentações grupais, em um local reservado é feito acolhimentos individuais, na modalidade de plantão psicológico pelo tempo que for necessário, no fim do atendimento, são realizados os encaminhamentos pertinentes e quando necessários, juntamente com as devidas orientações de onde eles podem buscar ajuda, seja para eles, colegas ou familiares.

5. CONCLUSÃO

O projeto já alcançou em média sete mil pessoas presencialmente, ainda conta com as interações que são realizadas virtualmente, via redes sociais.

O objetivo do projeto vem sendo alcançado com sucesso durante esses quase 6 anos da sua criação e execução, entretanto, tem suas limitações por ter atuação somente na capital e a depender da disponibilidade do profissional.

Com isso, é pertinente e de suma importância um olhar para criação de políticas públicas de saúde que trabalhem a intersetorialidade entre o setor saúde e o da educação, no enfrentamento dos problemas de saúde mental na população estudantil.

REFERÊNCIAS

PAVAN, B.. Mortes por suicídio no Brasil superam acidentes de moto. **istoedinheiro.com.br**. Disponível em: <<https://www.istoedinheiro.com.br/mortes-por-suicidio-no-brasil-superam-acidentes-de-moto/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

Anualmente, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, segundo OMS. **www.gov.br**, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2022/setembro/anualmente-mais-de-700-mil-pessoas-cometem-suicidio-segundo-oms>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SOUSA, C. M. S. *et al.* Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. **Rev de Saúde Pública**, v. 54, p. 33, 23 abr. 2020.

Capítulo XI

ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS MODELOS DE ABSTINÊNCIA E REDUÇÃO DE DANOS: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-10

Jennyfer Nahary Lima Mendes¹
Cíntia Raquel da Silva Castro²
José Reinaldo Neto³
Juliana Cândido Maia de Oliveira⁴
Meirielle Soares de Menezes⁵
Milena Maciel da Silva⁶

¹ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Assistente Social - Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Assistente Social - Especialista em Gestão e Mediação de Conflitos pela Faculdade Batista do Paraná - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Assistente Social - Especialista em Cardiopneumologia pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁶ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
E-mail: jennyfernahary@hotmail.com

RESUMO

A proposta de Redução de Danos (RD), relacionada ao uso de substâncias ilícitas, ainda é caracterizada por muitos estereótipos, principalmente porque na RD considera-se que o foco central da prevenção são os danos, ao invés de prevenir exclusivamente o uso de Substâncias Psicoativas (SPA) por meio da abstinência. Assim, o presente trabalho desenvolveu-se na perspectiva de analisar os modelos atuais de abstinência e redução de danos na atenção integral à saúde, por meio de uma revisão narrativa da literatura, com predileções dos artigos publicados nos últimos 10 anos. A partir disso, salienta-se a necessidade de repensar e refletir sobre as práticas de intervenção, para que possamos usar alternativas eficazes e conseguir criar caminhos para além do modelo conservador. O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura. A plataforma escolhida para a seleção dos artigos que serão discutidos foi o Portal de Periódicos da CAPES. A busca foi realizada a partir de dois descritores: redução de danos e abstinência. Os critérios indicados para seleção dos artigos delimitaram apenas trabalhos na língua portuguesa, com textos completos disponibilizados e que foram publicados nos últimos 10 anos. Foram encontrados 36 artigos que obedeceram aos critérios estabelecidos. A partir da leitura dos resumos de cada trabalho, selecionou-se 10 artigos para serem lidos na íntegra e discutidos na presente revisão. Considera-se que a pesquisa cumpriu o objetivo de analisar dois modelos de práticas de intervenção no tratamento de uso abusivo de SPA: abstinência e redução de danos na atenção integral ao paciente. Percebeu-se através da revisão narrativa de literatura a relevância da autonomia da escolha e as condições de entendimento do sujeito e dos profissionais sobre qual tratamento se adequa mais às condições de saúde daquele indivíduo. E este deve ser um direito assegurado.

Palavras-chave: Redução de Danos; Substâncias Psicoativas; Abstinência.

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil enfrenta uma série de desafios e problematizações. O uso abusivo de substâncias ilícitas, bem como suas consequências, fazem parte deste cenário. A "droga" em seu sentido conceitual é na verdade um tipo de substância, que ao penetrar no organismo humano é capaz de fazer alterações no estado de consciência do indivíduo (COSTA, SILVA, 2016). Nesse contexto, é preciso sobretudo repensar e discutir caminhos alternativos e eficientes, bem como propostas de políticas públicas capazes de auxiliar no controle e na prevenção do seu uso descontrolado. Temos em circulação uma proposta de intervenção, que não se limita exclusivamente à abstinência total, mas em uma política com perspectivas na redução de danos.

O conceito de droga é amplo, caracterizado por mais de um significado, um fenômeno antigo na história da humanidade. Apesar de não ser um assunto novo, a proposta de redução de danos relacionada ao uso de substâncias ilícitas ainda é caracterizada por estereótipos, pois a prevenção tem como foco central os danos, ao invés de prevenir exclusivamente o uso. Trata-se de um conjunto de estratégias, uma política pública, que permite a solução e a compreensão do problema de forma conjunta (COSTA, SILVA, 2016).

No Brasil, a política de redução de danos foi adotada em 1989, como estratégia de saúde pública, mas é somente em 2003 que o governo federal a insere no Programa Nacional de Atenção Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. O Estado passa então a financiar as ações, tendo como principal eixo minimizar danos de natureza biológica, psicossocial e econômica (SANTOS, MIRANDA, 2016).

Assim, este trabalho desenvolveu-se na perspectiva de analisar os modelos atuais de abstinência e redução de danos na atenção integral à saúde, por meio de uma revisão narrativa da literatura, com predileções dos artigos publicados nos últimos 10 anos. Desse modo, é mais do que necessário repensar e refletir sobre as práticas de intervenção, para que possamos usar alternativas eficazes e conseguir criar caminhos para além do modelo conservador, evitando propostas terapêuticas sem resultados positivos como única condição para o cuidado.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura. Conforme Costa et al. (2015), esse tipo de revisão realiza-se a partir de textos que fazem parte da análise da literatura científica de determinada temática, sendo interpretado pela análise crítica dos pesquisadores. Os artigos escolhidos para uma revisão narrativa da literatura devem ser

publicações que discutem amplamente as dimensões teóricas e conceituais de determinado assunto. Assim, podemos dizer que a importância científica de uma revisão narrativa consiste em “contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo” (COSTA et al., 2015, p.397).

A plataforma escolhida para a seleção dos artigos que aqui serão discutidos foi o Portal de Periódicos da CAPES. A busca foi realizada a partir de dois descritores: redução de danos e abstinência. Os critérios indicados para seleção dos artigos delimitaram apenas trabalhos na língua portuguesa, com textos completos disponibilizados e que foram publicados nos últimos 10 anos (entre 2013 e 2023). Foram encontrados 36 artigos que obedeceram aos critérios estabelecidos. A partir da leitura dos resumos de cada trabalho, selecionou-se 10 artigos para serem lidos na íntegra e discutidos na presente revisão.

3. ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS MODELOS DE ABSTINÊNCIA E REDUÇÃO DE DANOS

A vivência do uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPA) é um fator antigo e ao mesmo tempo recorrente em meio a sociedade em que vivemos. Podemos mencionar como exemplo, as pessoas que estão em situação de rua e que fazem uso abusivo de SPA e conseqüentemente vivem em condições de vulnerabilidade e exclusão social, não utilizando dos equipamentos de saúde pública e também dos serviços ofertados pela política de assistência social.

Contudo, por conta dessa falta de acesso às políticas de saúde das pessoas em situação de rua que fazem uso de Substâncias Psicoativas, foram criados os famosos consultórios na rua, que são formados por uma equipe multiprofissional, que trabalha *in loco*, norteados pela Política Nacional de Redução de Danos. Conforme esclarece Lima e Seidl (2017),

A redução de danos (RD) não é uma estratégia recente, mas ainda há muita controvérsia quanto à prática de suas diretrizes e ações, bem como quanto à sua definição. Muitas vezes suas ações e intervenções são vistas de forma preconceituosa, tanto por profissionais de saúde e da justiça, como pela sociedade civil. As ações de RD ainda são confundidas e rotuladas como práticas de incentivo ao uso de drogas (LIMA, SEIDL, 2017, p.33).

Deste modo, segundo os autores supracitados, percebemos que a estratégia de Redução de Danos surge para fornecer um suporte às pessoas em situação de rua que fazem uso de SPA, respeitando a sua autonomia e suas escolhas referente ao uso, porém, a sociedade em que estamos inseridos permanece ainda bastante preconceituosa, cheia de tabus e rotulações, onde para muitos a estratégia acima citada permanece sendo um incentivo ao uso de SPA.

Todavia, de acordo com Souza e Ronzani (2018), acredita-se ser primordial o incentivo a educação permanente direcionada para os profissionais da saúde, para que tenham um arcabouço teórico fortalecido sobre a Redução de Danos e assim possam ampliar os seus conhecimentos sobre a rede e direcionar os usuários de SPA da melhor forma possível.

Machado e Boarini (2013) identificam que estudiosos compartilham o pensamento comum de que a estratégia da Redução de Danos (RD) surgiu no Brasil a partir do ano de 1989, na cidade de Santos - SP, por meio da distribuição de seringas descartáveis para as pessoas usuárias de drogas injetáveis. O objetivo era conter a epidemia de AIDS entre aquela população, o que foi motivo de forte discussão na sociedade e processos da Promotoria Pública contra seus idealizadores.

A partir de então, o conceito de grupo de risco, assim como o de comportamento de risco, foram substituídos pelo conceito de vulnerabilidade, o qual passou a orientar os estudos sobre a problemática das SPAs, permitindo identificar que, para além da compreensão individual, a droga também atravessa as dimensões social, econômica e política as quais, por sua vez, interferem no desempenho de âmbito pessoal/individual. Desse modo, podemos deduzir que, conforme Machado e Boarini (2013), tal entendimento norteou a criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD) que em seu título carrega o discurso proibicionista (antidrogas), mas, paradoxalmente, também fomenta estratégias de RD.

A RD como estratégia de atenção às pessoas que fazem uso problemático de SPA pode se constituir, conforme Da Silveira Torres (2021), como um importante instrumento, inclusive, para contribuir ao ajustamento do hospital psiquiátrico à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois, antes do movimento de reforma psiquiátrica, a perspectiva da abstinência era consubstanciada com mais veemência não somente no ambiente hospitalar psiquiátrico, mas também fora dele através da disseminação de programas de ajuda mútua, de caracterização anônima ligados às religiões.

Nesse sentido, Machado, Modena e Da Luz (2021), apresentam estudo onde mostram que no período de 2002 a 2016 o Governo Federal buscou ampliar as oportunidades de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) para as pessoas usuárias de álcool e outras drogas através da criação de serviços comunitários, abertos e a partir do ponto de vista da RD. Contudo, desde 2017 observa-se retrocessos por intervenção de documentos normativos criados com objetivo de favorecer a abstinência como objeto.

O estudo supracitado mostrou as contribuições das práticas e políticas guiadas pela RD e pela Atenção Psicossocial, constatando que, por esse modelo, as pessoas usuárias conseguem

desenvolver relações de cuidado, serem capazes de gerir o uso de drogas, pensando ou não na abstinência, compreendendo esse processo como pontos positivo para a manutenção da vida e ampliação das perspectivas relativas à produção de saúde, garantia de direitos e novas formas de sociabilidade para a população usuária de SPA. Essa proposta vai além da abstinência como ideal e possui melhor compreensão sobre a relação da humanidade com as drogas.

Além dos consultórios de rua, essa perspectiva também é trabalhada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), e outros serviços de saúde pertencentes à rede. Estes buscam pelo modelo de redução de danos como alternativa para os usuários de substâncias psicoativas.

No entanto, o modo de atenção adotado por estes serviços, provocou resistências e tensões devido às rupturas que buscou produzir com as concepções repressivas, criminalizadoras e moralistas que marcaram o fenômeno das drogas no Brasil. Atualmente, essa estratégia de atenção está ameaçada por mudanças políticas ocorridas no país. Nos últimos anos, o governo federal tem realizado diversas mudanças nas políticas sobre drogas, privilegiando a abstinência, quando não, considerando esta como medida exclusiva de tratamento (MACHADO, MODENA, DA LUZ, 2021).

Se a abstinência for a única condição para enxergar o indivíduo como disposto a iniciar o tratamento, não alcançamos o usuário e será desconsiderado práticas de saúde que poderiam proporcionar pequenos ganhos para essas pessoas, que deveriam ser valorizados, pois podem significar a retomada de alguma autonomia sobre suas vidas (CECILIO, 2018). Possibilitar a redução dos danos associada ao uso de substâncias psicoativas é respeitar o conhecimento adquirido (soluções consideradas mais efetivas) após falhas no processo de abstinência. A estratégia de Redução de Danos se destaca principalmente por não ter a abstinência como meta, mas sim o sujeito e a sua história de vida, sem ênfase na substância que o usuário faz uso.

Com isso, entende-se que a medida evita o isolamento e oferece alternativas para o usuário se comprometer com seu processo de tratamento, colocando-se como sujeito ativo e participativo. O serviço oferecido no território, mantém o convívio familiar e comunitário, compreendendo estes como extensão do processo de cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a pesquisa cumpriu o objetivo de analisar dois modelos de práticas de intervenção no tratamento de uso abusivo de SPA: abstinência e redução de danos na atenção integral ao paciente. Percebeu-se através da revisão narrativa de literatura a relevância da

autonomia da escolha e as condições de entendimento do sujeito sobre qual tratamento se adequa mais a sua condição de saúde. E este deve ser um direito assegurado.

Contudo, vale ressaltar que profissionais da saúde devem ser capacitados para perceber e orientar os pacientes sobre qual o melhor tratamento, lembrando sempre de nortear o usuário através de normas, comprovações científicas e livres de julgamentos pessoais. Também mostra-se necessário pensar sempre na individualidade do sujeito e em todo o seu histórico de vida e sobre qual das estratégias mais se adequa para que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida e autonomia e, conseqüentemente, uma melhoria em sua saúde mental.

Aponta-se na revisão literária a importância de incentivar a educação permanente, já que a prática de redução de danos, apontada por muitos pesquisadores como eficaz, chega a ser rotulada por profissionais da saúde e da segurança como práticas de incentivo ao uso de SPA. Por isso, os estudos demonstram a evidente diferença entre pessoas que fazem uso recreativo de SPA e continuam sendo adultos socialmente e profissionalmente ativos, daqueles nas quais o uso abusivo de SPA já interfere diretamente no cotidiano dos mesmos. É dubitável se manter mentalmente saudável se enfrentamos questões relacionadas ao desemprego, isolamento social, histórias permeadas de violência, insegurança alimentar, entre outras questões psicossociais que, assim como a genética, interferem diretamente na saúde do ser humano. Sem direitos básicos e sociais garantidos existe uma maior probabilidade de o indivíduo ter afetações em sua saúde mental, já que ela é multifatorial e vai além da saúde biológica.

REFERÊNCIAS

COSTA, P.H.A.; MOTA, D.C.B.; PAIVA, F.S.P.; RONZANI, T.M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):395-406, 2015.

COSTA, Jessica Hind Ribeiro; SILVA, Mônica Neves Aguiar. **Informar para reduzir: a importância do projeto "saúde (de cara) na rua" para a prevenção da dependência química, a partir da perspectiva da redução de danos**. Revista brasileira de direito, p. 112-126, jan-jun, 2016.

CECILIO LCA. Apresentação. In: Souza TP. **Estado e sujeito: a saúde entre a micro e a macropolítica de drogas**. São Paulo: Hucitec; 2018. p.13-22

DA SILVEIRA TORRES, Maycon Rodrigo. Redução de danos e Recovery: Experiência de grupo em internação psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 13, n. 36, p. 201-216, 2021.

DA SILVA, Moniele Borges; DE OLIVEIRA, Juliana Amorim Pacheco. **Redução de danos no tratamento de álcool e outras drogas: uma prática possível para a família?**. Psicologia e Saúde em debate, v. 4, n. 2, p. 25-41, 2018.

LIMA, de Santos Helizeet; SEILD, Eliane Maria Fleury. **Consultório de Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos**. Psicologia em pesquisa, UFJF, 11 (2), p. 33-41, julho 2017.

SANTOS, Valcleiton Bispo; MIRANDA, Marlene. **Projetos/Programas de Redução de Danos no Brasil**. In: Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, vol. 5, n. 1, p. 106-118, 2016.

MACHADO, Ana Regina; MODENA, Celina Maria; DA LUZ, Zélia Maria Profeta. **Contribuições de serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida**. Saúde em Redes, v. 7, n. 3, p. 299-311, 2021.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, p. 580-595, 2013.

MACHADO, Ana Regina; MODENA, Celina Maria; DA LUZ, Zélia Maria Profeta. Contribuições de serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 3, p. 299-311, 2021.

SOUZA, Fabiana érica; RONZANI, Telmo Mota. **Desafios às Práticas de Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde**. Psicologia em Estudo, 23, 2018.

Capítulo XII

O LÚDICO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM EM TREINAMENTO DE BOAS PRÁTICAS COM COLABORADORES DE UMA UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-II

Stephanie Castro Amorim ¹

Marta da Rocha Moreira ²

Talita Hayara Dantas Rodrigues Alencar Araripe Bezerra ³

Isabela Sampaio Macêdo ⁴

¹ Graduanda em Nutrição - Universidade de Fortaleza

² Docente do Curso de Nutrição - Universidade de Fortaleza

³ Nutricionista - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Nutricionista- Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: stephaniecastro@hotmail.com

RESUMO

Os treinamentos em Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) são de fundamental importância para preservar a integridade do produto final fornecido de acordo com as recomendações do Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação que tem dentre os seus objetivos prevenir a ocorrência de doenças transmitidas por alimentos (DTAs). A inserção do lúdico no processo de ensino e aprendizagem é descrita em estudos como uma estratégia substancial no desenvolvimento de competências e habilidades de forma envolvente e prazerosa. Nesse contexto, o interesse em realizar esse trabalho veio da vivência da aplicação de instrumentos lúdicos no treinamento de colaboradores do setor de nutrição do campo de estágio em alimentação coletiva da graduação em nutrição. Tendo como objetivo descrever a experiência do uso de atividade lúdica como ferramenta para agregar conhecimento na capacitação de pessoal tornando-se relevante, pois poderá contribuir como base para a elaboração de treinamentos futuros, assim como com a construção de conhecimento na área. O estudo foi realizado em uma UAN de um hospital público da cidade de Fortaleza, no estado do Ceará, no período de agosto a novembro de 2022. Foi desenvolvido um jogo de tabuleiro com perguntas abordando a temática a ser trabalhada no treinamento, visando envolver os participantes na atividade, chamar atenção para a importância do assunto abordado para aprimoramento do serviço e qualidade do produto final, além de tornar a capacitação mais dinâmica e interativa, saindo do modelo tradicional de palestra, mas revisando o assunto de modo lúdico, colocando os colaboradores como protagonistas do seu aprendizado. A atividade realizada ultrapassou as expectativas de seus desenvolvedores no que se refere a adesão e resultados. Demonstrando-se como uma ferramenta eficiente para o que lhe foi proposto e para o planejamento de outras capacitações.

Palavras-chaves: Alimentação Coletiva; Treinamento; Higiene Pessoal; Capacitação; Boas Práticas de Manipulação.

1. INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da resolução de número 216, de 15 de setembro de 2004 estabelece o Regulamento Técnico de Boas Práticas para

Serviços de Alimentação que determina os procedimentos necessários à segurança higiênico-sanitária do produto final de acordo com a legislação (BRASIL, 2004).

Nas Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) os treinamentos são essenciais ao processo de aprimoramento da equipe pois através destes os colaboradores podem aperfeiçoar seus conhecimentos e técnicas para também assim compreender a importância de cumprir com as recomendações dispostas na legislação vigente, assim como também os riscos de não as seguir (ABRANCHES, 2017).

O consumo de alimentos contaminados com microrganismos patogênicos ou por suas toxinas resulta na ocorrência das DTAs, doenças transmitidas por alimentos. A diversidade desses patógenos associado a fatores como o crescimento populacional mundial, e a uma demanda em grande escala de alimentos, eleva significativamente a probabilidade de incidência de DTAs a partir da manipulação e produção desses alimentos (VIDAL, B. T. de O. et al., 2022; BRASIL, 2010).

Inserido nesse grupo de doenças encontram-se as infecções, intoxicações e as toxinfecções alimentares, podendo ainda se manifestar aguda ou cronicamente, em casos pontuais ou em surtos. Sendo os sintomas mais comumente apresentados as dores abdominais, diarreia e vômitos, que em casos mais graves podem levar até mesmo a óbito (BERNARDES, N. B. et al., 2018; BRASIL, 2010).

Estudos estabelecem a inserção do lúdico no processo de ensino e aprendizagem como uma estratégia substancial no desenvolvimento de competências e habilidades de forma prazerosa sendo um facilitador deste processo. O ensino que se utiliza da ludicidade, torna este mais atrativo, despertando o interesse dos envolvidos, os convidando a ser agentes ativos do seu aprendizado (RODRIGUES, A. de F.; CARRETTA, A. S. J.; GENTIL, V. K., 2021).

A etimologia da palavra lúdico vem do latim “ludus”, tendo como significado “jogo”, mas seu conceito não se restringe apenas ao seu significado de origem, tendo ampla definição literária. Dinâmicas, brincadeiras, gincanas e jogos são estratégias lúdicas que proporcionam envolvimento e provocam curiosidade, tornando a construção do conhecimento mais abrangente (SILVA, A. R. da; OLIVEIRA, S. R. de; SILVA, L. de A. M., 2020).

Nesse contexto, o interesse em realizar esse trabalho veio da vivência da aplicação de instrumentos lúdicos em treinamento de colaboradores do setor de nutrição de uma unidade campo de estágio em alimentação coletiva de graduação em nutrição. O presente estudo torna-se relevante, pois poderá contribuir como base para a elaboração de treinamentos futuros, assim como para construção de conhecimento na área. Diante disso, objetivou-se descrever a

experiência do uso de atividade lúdica como ferramenta para agregar conhecimento na capacitação de pessoal.

2. METODOLOGIA

Esse estudo foi realizado em uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de um hospital público da cidade de Fortaleza, no estado do Ceará, no período de agosto a novembro de 2022. Seguindo o cronograma de treinamentos a serem realizados com os colaboradores da unidade no período anteriormente citado, foi solicitado que fosse planejado um treinamento abordando o assunto de Higiene Pessoal.

Por ser uma temática já trabalhada anteriormente com a equipe, sendo relatado por alguns integrantes até já ser um assunto de conhecimento geral, com o objetivo de envolver os participantes na atividade, chamar atenção para a importância do assunto abordado para aprimoramento do serviço e qualidade do produto final, além de tornar a capacitação mais dinâmica e interativa, saindo do modelo tradicional de palestra, mas revisando o assunto de modo lúdico, colocando os colaboradores como protagonistas do seu aprendizado.

Assim, foi desenvolvido o “Higiene Pessoal em Ação”, um jogo abordando a temática a ser trabalhada no treinamento. O jogo é composto por um dado, uma roleta, “tabuleiro” com casas a serem percorridas pelos grupos de colaboradores representados por pinos (Aparelho de barbear descartável, sabonete, cortador de unhas) até a linha de chegada, finalizando a atividade. Cada casa do “tabuleiro” representa uma pergunta, valendo pontos, ou uma afirmativa que também irá influenciar no progresso do jogo.

Para iniciar a atividade os mediadores devem apresentar a atividade e suas regras, os colaboradores devem ser divididos em grupos, se possível de igual número de integrantes. Como facilitador para os moderadores, estes podem entregar crachás para auxiliar na identificação e melhorar a comunicação ao longo do jogo, gerando também aproximação entre os mediadores e os participantes por serem chamados pelo nome.

Em seguida, cada grupo deve escolher o pino que representará o grupo no tabuleiro e no placar durante o jogo. Este começa com um integrante de cada grupo jogando o dado, quem tirar o maior número tem a chance de girar a roleta que pela sorte determinará o próximo passo. Caso saia “passe a vez”, o grupo não joga naquela rodada, e o grupo que tirou o segundo número maior deve tentar a sorte na roleta. A roleta é composta pelas seguintes afirmativas:

1) A vez é sua - Realize a próxima jogada e avance no tabuleiro em direção à vitória !!; 2) A vez é sua com bônus - Escolha algum representante de outro grupo para responder a próxima pergunta da equipe adversária!!;

3) Passe a vez !!;

4) A vez é sua - Continue confiante em busca da vitória !!;

5) A vez é sua com bônus - Escolha algum grupo para não jogar na próxima rodada!!;

6) Passe a vez !!.

Tendo direito de resposta, o mediador deve ler a pergunta ou a afirmativa da primeira casa do “tabuleiro” e assim sucessivamente. Ao final da leitura da pergunta pelo moderador, o grupo tem o tempo de um minuto e meio, tempo marcado em cronômetro, para responder. A cada resposta correta o grupo acumula pontos, sendo contabilizados no placar.

Após cada pergunta respondida, correta ou incorretamente, serão realizadas explicações com esclarecimento de dúvidas e explanação dos conceitos abordados nas indagações. Em algumas casas do tabuleiro existe a sentença de “ganhar” ou “perder” pontos, ou ainda “passe a vez”, como todo jogo, a sorte vai influenciar o resultado.

Existem também as questões em que todos jogam, representadas no tabuleiro não por números, mas por imagens, questões “rosthino/smile” e “coração”. Nestas, os integrantes devem escrever suas respostas e apresentá-las ao final do tempo. Caso acertem a resposta ganham 2 pontos e se errarem não perdem nada.

Encontramos também a questão desafio, onde o grupo pode ganhar 4 pontos acertando a resposta, mas em caso de erro perde 2 pontos dos que já possuem. O grupo pode optar por não responder a pergunta, passar para outro grupo e perdendo assim apenas 1 ponto. Se nenhum grupo quiser responder todos perdem 2 pontos. Quando o primeiro grupo alcançar a linha de chegada, o jogo chega ao seu fim, ganhando o time que tiver o maior número de pontos no placar.

As perguntas foram exibidas para as equipes em formato de slides, o dado e a roleta em uma versão digital. Buscando atrair ainda mais o interesse dos colaboradores, o grupo vencedor foi premiado e todos os participantes da atividade ganharam brindes de participação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Antes da realização da atividade com a primeira equipe de colaboradores foi um receio por parte dos mediadores que o jogo não tivesse adesão dos funcionários e não despertasse o interesse dos mesmos. Porém, a aceitação e envolvimento foi tão grande que acabou por

estender o tempo programado para o treinamento, já que discussões e questionamentos, além dos previstos, sobre o tema trabalhado foram levantados.

Com a segunda equipe, improvisos para desempates técnicos foram necessários, como a inclusão de novas perguntas e até inserção de outras estratégias do lúdico como o “par ou ímpar” para decidir na sorte o desempate.

Como resultado da atividade avaliativa ao final dos jogos, todos os grupos obtiveram pontuação máxima evidenciando a assertividade da atividade como método eficaz no processo de ensino e aprendizagem em treinamentos de colaboradores em Boas Práticas em UANs.

A Educação na atualidade, visa para o aprimoramento do saber o desenvolvimento de competências e habilidades, englobando o lúdico como um instrumento necessário a metodologia de ensino e aprendizagem (SANTOS, 2010 apud SILVA, A. R. da; OLIVEIRA, S. R. de; SILVA, L. de A. M., 2020). O instrutor de um treinamento para ser bem sucedido deve ser capaz de despertar o interesse dos colaboradores em participar ativamente do que foi planejado (ABRANCHES, M. V., 2017).

Nesse contexto, a atividade apresentada no presente estudo ultrapassou as expectativas de seus desenvolvedores no que se refere a adesão e resultados. Demonstrando-se como uma ferramenta eficiente para o que lhe foi proposto e para o planejamento de treinamentos futuros.

4. CONCLUSÃO

Com base nas análises das respostas dos colaboradores as perguntas realizadas durante a atividade e no formulário de avaliação aplicado ao final do treinamento, assim como nas discussões realizadas entre a equipe responsável pela realização da atividade e pelo presente estudo, além do feedback dos participantes quanto a percepção da dinâmica utilizada no treinamento ver-se o uso de recursos lúdicos como uma estratégia efetiva para agregar conhecimento na capacitação de pessoal em serviços de alimentação.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, M. V. Treinamento para Manipuladores de Alimentos em UAN. 1. ed. A. S. Sistemas, 2017.

BERNARDES, N. B. et al. Intoxicação Alimentar um Problema de Saúde Pública. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, v. 12, n. 42, p. 894-906, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de setembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

RODRIGUES, A. de F.; CARRETTA, A. S. J.; GENTIL, V. K. O lúdico como estratégia do processo de ensino-aprendizagem / The ludician as a strategy of the teaching-learning process. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 82-87, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n1-007.

SILVA, A. R. da; OLIVEIRA, S. R. de; SILVA, L. de A. M. LÚDICO: facilitador da aprendizagem no caráter pedagógico. Revista Saúde e Educação, Coromandel, v. 5, n. 2, p. 20-32, jul./dez. 2020. ISSN 2595-0061.

VIDAL, B. T. de O. et al. A importância das boas práticas na prevenção de doenças transmitidas por alimentos (DTAS) em unidades de alimentação e nutrição (UAN) / The importance of good practices in the prevention of foodborne diseases (FTS) in food and nutrition units (HUS). Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 39320-39333, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n5-429.

Capítulo XIII

A OBSTINAÇÃO E A ARTICULAÇÃO COMO FERRAMENTAS DE TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM REENCONTRO FAMILIAR APÓS TRÊS DÉCADAS.

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-12

Jennyfer Nahary Lima Mendes¹

Milena Maciel da Silva²

Thanara Pereira e Silva³

Veridiana Ferreira Pereira⁴

Antonia Anezia Moreira Cavalcante⁵

¹Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Coordenadora do Serviço Social do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

²Assistente Social - Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³Assistente social - Especialista em Neurociências - Graduanda em Arquitetura pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)

⁵ Assistente Social - Especialista em saúde mental com ênfase em dependência química - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: jennyfernahary@hotmail.com

RESUMO

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de assistentes sociais no processo de desinstitucionalização de uma usuária em um hospital de saúde mental. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa descritiva. O relato de experiência teve como base as falas dos profissionais envolvidos no processo, bem como a análise documental de instrumental da própria categoria profissional e demais registros realizados pelos(as) profissionais durante os atendimentos. A paciente em foco chegou à instituição com identidade ignorada, desacompanhada e sem referência de nenhum membro da família, tendo sido conduzida por equipe do município do interior do estado do Ceará onde se encontrava em situação de rua. A partir da identificação da situação de vulnerabilidade da usuária, a equipe não mediu esforços para reencontrar os familiares da J.S.B. No decorrer das buscas, através de municípios que ela passou e construiu alguns laços e relações sociais foram sendo estabelecidas estratégias para compreender sua história de vida e reencontrar os familiares da usuária. O serviço social lançou mão de instrumentos como a escuta qualificada, registros detalhados e elaboração de relatórios e encaminhamentos, articulações intersetoriais, entre outros. A partir da identificação da usuária e a localização de seus familiares, o serviço social em articulação com a Secretaria Municipal dos direitos humanos e desenvolvimento social (SDHDS) promoveu o reencontro da usuária com seus irmãos no estado do Rio de Janeiro depois de trinta anos sem qualquer contato. Concluiu-se com este estudo que no processo de desinstitucionalização da usuária, o Serviço Social foi essencial para a reinserção e restabelecimento dos vínculos familiares, garantindo a proteção dos direitos e a efetivação da cidadania das pessoas.

Palavras-chave: Serviço Social; Desinstitucionalização; Articulação.

1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira trouxe um novo olhar para a saúde mental, principalmente na perspectiva da desinstitucionalização, que consiste em quebrar paradigmas e sobretudo reafirmar que o “hospital” não é a principal referência de atenção à saúde do indivíduo. O processo de cuidado em saúde mental transcende a relação médico-paciente, ampliando este núcleo e incluindo atores como a família e a comunidade (BRASIL, 2004).

Trabalhar na perspectiva da desinstitucionalização é na verdade implicar novos contextos de vida ao sujeito com sofrimento psíquico, possibilitar outras experiências além da unidade hospitalar, reconstruir relações e contribuir na construção de uma autonomia para o sujeito (GONÇALVES; CRUZ, 2015).

Nesse processo, o assistente social assume um papel imprescindível, como articulador e mediador, tendo como principais referências as três dimensões do trabalho profissional - teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo - para assim conseguir concretizar sua intervenção profissional, contribuindo para uma nova perspectiva de vida para o sujeito (CFESS, 2010).

A efetivação do processo de desinstitucionalização tem sido um dos principais desafios à prática profissional do assistente social, mas que também se torna motivo de grande satisfação quando se tem como resultado o retorno do indivíduo ao convívio social e familiar. Decorre daí a relevância deste trabalho pois torna público para outros profissionais de saúde o processo do trabalho da categoria do serviço social em Hospital de saúde mental, incluindo processos como a identificação de usuários, articulação de redes e a intersetorialidade, a busca ativa de familiares e redes de suporte, além do trabalho de fortalecimento e/ou resgate de vínculos fragilizados ou rompidos.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de assistentes sociais no processo de desinstitucionalização de uma usuária em um hospital terciário, e assim contribuir com a construção de conhecimento sobre a prática do serviço social na área da saúde mental. Conforme Cruz *et al.* (2018), a integração da pesquisa, bem como sua publicidade, torna-se a construção de um processo de ensino-aprendizagem, troca de experiências, construção e reconstrução de novos conhecimentos sobre a temática.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de caráter qualitativo descritivo. Conforme Martins (2004), esse tipo de pesquisa consiste na análise detalhada do processo,

através do estudo das ações de determinados sujeitos, realizando um exame intensivo dos dados, possibilitando uma maior proximidade entre pesquisador e pesquisados.

A narrativa é centrada no processo de desinstitucionalização de uma usuária, que resultou no reencontro com seus familiares depois de três décadas e foi estruturada a partir do relato de experiência de assistentes sociais que atuam em um hospital da rede terciária de saúde do estado do Ceará, especializado no tratamento de transtornos mentais graves, sendo a única emergência psiquiátrica do estado. Optou-se por utilizar as letras J.S.B. de modo a preservar a identidade da usuária.

O atendimento realizado na instituição é direcionado às pessoas com transtornos mentais que apresentam quadro agudizado e grave da doença, sem possibilidade de estabilização em outros equipamentos da rede de atenção à saúde, em concordância com o previsto na lei 10.216/01 em seu artigo quarto, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares são insuficientes”.

As experiências de atuação dos(as) profissionais foram descritas a partir do olhar crítico e analítico da intervenção profissional. O relato possui ainda como base a análise documental de instrumental da própria categoria profissional e demais registros realizados pelos(as) profissionais durante os atendimentos.

3. RELATOS DE EXPERIÊNCIA

A paciente J.S.B. deu entrada no hospital no dia 08/09/2022, chegou involuntariamente, conduzida em ambulância do município de Tianguá, segundo solicitação do Ministério Público (MP). Encontrava-se em situação de rua naquele município, apresentando comportamento desorganizado, agressiva com os transeuntes, munida com pedaços de madeira, expondo-se a riscos na rua, higiene precária, risos imotivados, solilóquio, alucinação auditiva, discurso verbal empobrecido e confuso.

Chegando a emergência do HSM a paciente passou por avaliação da equipe plantonista, com consequente classificação de risco e avaliação psiquiátrica e, diante do quadro apresentado foi acolhida na instituição, sendo direcionada para internação na unidade

hospitalar, onde permaneceu até a data da saída da instituição, compreendendo o período de cento e setenta e quatro dias de internação, mesmo após ter recebido Alta Médica no dia 06/12/2022.

Desde o momento da entrada da usuária na instituição, o Serviço Social do HSM iniciou articulações com os equipamentos dos municípios de Tianguá e Nova Russas, esta última por

se tratar do possível município de nascimento da usuária. As articulações tinham como objetivo identificar e localizar a rede sociofamiliar da usuária, assim como com o tornar possível sua alta social e, conseqüentemente, sua desinstitucionalização.

Através de articulação por meio de anúncio na rádio em município de Nova Russas, conseguiu-se identificar o nome verdadeiro dela e a sua família, que hoje é constituída por vários irmãos e todos foram no período do êxodo nordestino a procura de melhorias do nordeste ao sudeste, distribuídos entre os estados de São Paulo e Rio de Janeiro, depois da morte prematura da genitora. Porém a paciente ficou no Ceará e com o passar dos anos e por conta da falta de consciência e orientação relacionada ao transtorno mental acabou perdendo os vínculos familiares, que achou por muitos anos que a paciente estava morta. Ainda através destas articulações, o serviço social obteve acesso ao contato telefônico de uma das irmãs, residente no Rio de Janeiro.

Durante os diálogos estabelecidos com a irmã da paciente, esta relatou que a família estava há trinta anos sem informações sobre a localização de J.S.B, e que acreditavam que a mesma tivesse falecido. Desde o primeiro contato a irmã esclareceu sua disponibilidade em acolher a paciente em sua residência no Rio de Janeiro, porém referiu não possuir condição financeira para subsidiar o traslado de sua irmã.

Diante da falta de condições financeiras da família e o interesse em acolher e tornar possível a individualidade e autonomia da pessoa com transtorno mental e com rede de apoio familiar a continuação do tratamento de saúde mental da mesma foi articulada com a rede, especificamente a célula de benefícios da Secretaria de direitos humanos e desenvolvimento social (SDHDS) no sentido de tornar possível o reencontro da paciente RSB junto com sua rede sociofamiliar o financiamento de passagens aéreas até a cidade do Rio de Janeiro. Devido a cronicidade das patologias apresentadas pela paciente e alguns prejuízos ao seu funcionamento foi solicitado também a passagem aérea para uma profissional da equipe acompanhá-la até o Rio de Janeiro, e promover assim o reencontro da família.

Aqui se assenta a instrumentalidade do trabalho do assistente social, quando este se utiliza de sua subjetividade e capacidade de articulação para transpor os limites da instituição e até mesmo da política pública na qual está inserido, trazendo outros atores a cena, tendo como único objetivo o bem estar e a efetivação do direito do indivíduo. Frente a necessidade, optou-se pela utilização da parceria dos entes federados que a rege o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), assim como o Sistema Único de Saúde (SUS), na distribuição de suas responsabilidades frente os direitos da pessoa com deficiência e/ou com transtorno

mental, vislumbrando o alcance da recuperação de sua saúde pela (re)inserção na sua rede sociofamiliar, no trabalho e na comunidade.

A desinternação da usuária foi efetivada no dia 04/03/23, porém a desinstitucionalização se trata de um processo e requer continuidade no cuidado no novo território, tendo sido necessário ainda a articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência no estado do Rio de Janeiro, através de relatório (instrumento) e conhecimento da profissional (subjetividade).

O êxito do trabalho intersetorial proporcionou a J.S.B a oportunidade de retornar ao convívio de familiares, bem como socializar com outros indivíduos e garantiu seu direito de acesso ao cuidado em saúde mental na comunidade, e consequente melhoria da qualidade de vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da vivência das profissionais, podemos afirmar que o processo de desinstitucionalização é um desafio complexo que exige ações articuladas e qualificadas do Estado e que a categoria do Serviço Social tem papel fundamental, atuando em diferentes frentes e contribuindo para a garantia de direitos e para a efetivação da cidadania das pessoas.

A atuação do Serviço Social no processo de desinstitucionalização é essencial para a construção de novos marcos de atenção em saúde mental. É preciso reconhecer o caráter histórico da institucionalização e suas sequelas, bem como compreender a importância da garantia do direito à liberdade individual e à convivência familiar e comunitária das pessoas.

Nesse sentido, o presente artigo deixou claro que a equipe do Serviço Social atua em diferentes níveis do processo, desde a elaboração de estratégias de acolhimento, na escuta durante o período de internação, passando pela articulação junto a outros setores da rede de atenção em saúde mental, acesso a benefícios sociais, acompanhamento e reinserção social, até o momento de saída do usuário da instituição.

Profissionais de Serviço Social são capazes de proporcionar o suporte necessário na construção de políticas de direito e garantia de acesso aos serviços necessários para uma vida digna. É fundamental que o assistente social esteja atento às particularidades de cada usuário e garanta o respeito à singularidade de cada pessoa ao lidar com o processo.

Diante do exposto, ressaltamos que a atuação da equipe do Serviço Social no processo de desinstitucionalização foi essencial para a reinserção e restabelecimento dos vínculos familiares, garantindo a proteção dos direitos e a efetivação da cidadania das pessoas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

CRUZ, Diego Pires, et al. **Importância da pesquisa científica no contexto multidisciplinar**. Rev enfermagem UFPE on line. Recife, 12(2):573-6, fev., 2018.

Gonçalves, P., & Cruz, K. (2015). **Desinstitucionalização, cuidado em liberdade e o desafio da inclusão social na reforma psiquiátrica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, 20(5), 1475-1484.

MARTINS, Heloisa Helena. **Metodologia qualitativa de pesquisa**. Educação e pesquisa, v.30, n2, p. 289-300, maio/ago. 2004

Capítulo XIV

IMPACTOS DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS NO ACOLHIMENTO SOCIAL DA EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-13

Roberta Virginia Bezerra Lima ¹

Cíntia Raquel da Silva Castro ²

Renata dos Santos Cardoso ³

Milena Maciel da Silva ⁴

Jennyfer Nahary Lima Mendes ⁵

¹ Assistente Social e Advogada - Especialista em Direito Civil e Processo Civil - Mestranda em Direito das Relações Internacionais na América Latina/UDE(Uy) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Assistente Social - Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Assistente Social - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Coordenadora do Serviço Social do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
E-mail: robertavirginia15@gmail.com.

RESUMO

Introdução: A Lei Geral de Proteção de Dados entrou em nosso ordenamento recentemente, em 2018. A compreensão e entendimento de seus comandos é um dos principais desafios contemporâneos, assim como a sua aplicabilidade nas instituições públicas, no caso em análise no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, de modo a promover a eficácia e garantia dos dados pessoais fornecidos pelos usuários na ocasião do acesso ao atendimento emergencial. **Objetivo:** Realizar uma discussão teórica e breve análise da Lei Geral de Proteção de Dados e seus impactos nos serviços da Política de Saúde Mental em nível terciário, tendo como referência o Acolhimento Social realizado pelo/a Assistente Social na ocasião do atendimento aos pacientes em surto agudizado com critério de internação. **Método:** Os documentos foram analisados, com ênfase na análise de conteúdo, a fim de conformar os instrumentais utilizados na emergência aos dispositivos legais previstos pela Lei 13.709/2018, observando as principais características, semelhanças e desafios enfrentados no tocante à efetividade da proteção dos dados pessoais sensíveis. **Resultados:** Identificou-se a necessidade de adequação dos instrumentais e técnica de abordagens utilizados pelos profissionais durante entrevista para aquisição das informações. **Considerações finais:** Os principais desafios comuns aos setores do atendimento na emergência do Hospital de Saúde Professor Frota Pinto e que se transformam em barreiras à proteção dos dados, são: 1. Tratar de forma adequada os dados sensíveis e que identificam o paciente; 2. Incentivar o trabalho interdisciplinar; 3. Nivelar e uniformizar as técnicas no atendimento entre as diversas categorias profissionais; 4. Readequar o Sistema Ars Vitae incluindo aqui escência do familiar declarante; 5. Aumentar a qualificação educacional e profissional dos servidores; 6. Sensibilizar os segmentos institucionais para a instauração e importância desse novo direito.

Palavras-chave: LGPD; Acolhimento Social; Dados Pessoais; Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

O que entendemos hoje por Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei 13.709/2018, seguiu um longo caminho até obter essa configuração dos dias atuais. Assim, se faz necessário compreender todo o processo de tratamento dessa temática até chegarmos a contemporaneidade.

Historicamente, o projeto de lei tramitou por oito anos, foram duas grandes consultas públicas longas e complexas, dois projetos de lei que versavam sobre o tema até alcançar a aprovação. Mesmo antes de se falar da importância da criação de uma lei que garantisse a proteção dos dados pessoais aqui no Brasil, a Europa já sinalizava sua importância, validando ações e discussões que direcionavam para a aplicabilidade de algum sistema que garantisse o mínimo de proteção dos dados do cidadão (BARZOTTO, COSTA, 2022; BRIZOLA, FANTIN, 2016). Daí se falar em “autodeterminação informativa” expressando maior segurança, fazendo com que o cidadão pudesse ter o direito de decidir o que seria divulgado a seu respeito pelo mundo.

Em 1983 na Alemanha, mediante o censo, esse momento pode ser considerado como protoformas da Lei de Proteção de Dados Pessoais, pois o consentimento como pilar foi considerado direito fundamental e todas essas discussões que nasciam com esse novo direito fundamental era referente a possibilitar que o indivíduo pudesse transitar pelo mundo com o mínimo de opacidade, garantindo, portanto, que sua vida não fosse invadida e, conseqüentemente, inibindo alguma forma de discriminação surgida com tratamento inadequado dos dados pessoais, através da criação de perfis informacionais capazes de ameaçar a dignidade humana enquanto direito fundamental (BARZOTTO, COSTA, 2022; BRIZOLA, FANTIN, 2016).

Nasce então um novo direito que decorre do direito à privacidade, impactando em uma nova ordem, gerando um novo reposicionamento. Esse talvez seja o maior desafio dessa nova lei, reposicionar-se, devido ao grande impacto que causará na sociedade. Importante se faz observar que a LGPD tem como característica a transversalidade, transita em toda sociedade, não se restringe somente às relações de consumo, impacta na grande maioria das transações da população brasileira, dos órgãos, da sociedade, de como nós teremos que nos organizar hoje para cumprir o que preceitua a LGPD e o tratamento dos dados.

Desse modo, o objetivo do presente trabalho é realizar uma análise sobre a Lei Geral de Proteção de Dados e seus impactos nos serviços da Política de Saúde Mental em nível terciário,

tendo como referência o Acolhimento Social realizado pelo/a Assistente Social na ocasião do atendimento aos pacientes em surto agudizado com critério de internação.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão de literatura, incluindo artigos, leis e documentos relevantes como forma de sistematizar as produções sobre a temática. A etapa da revisão de literatura pode ser definida como a fase da análise de ideias de diferentes fontes sobre determinado tema, por meio da leitura feita pelo pesquisador (BRIZOLA; FANTIN, 2016).

Para traçar a discussão proposta no presente artigo, utilizou-se como base central a Lei 13.709/2018. A partir da análise da referida lei, foi possível dialogar com o instrumental de Acolhimento Social, traçando uma análise crítica sobre as questões colocadas pela Lei e a prática da aplicação do instrumental realizada pelo serviço social da emergência.

Os documentos foram analisados, com ênfase na análise de conteúdo, a fim de conformar os instrumentais utilizados na emergência aos dispositivos legais previstos pela Lei 13.709/2018 observando as principais características, semelhanças entre os organismos, políticas e desafios enfrentados no tocante à efetividade da proteção dos dados pessoais sensíveis.

3. A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E O ACOLHIMENTO SOCIAL

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) inaugurou um novo direito no ordenamento brasileiro, direito esse que decorre do direito fundamental à privacidade, já previsto na Constituição Federal de 1988⁶. Portanto, não é qualquer dado, a lei não proíbe o uso de dados em geral, mas sim como esses dados devem ser utilizados e que o titular dos dados, em vários momentos e em vários casos, precisará dar o consentimento (FORNASIER, 2021) para o tratamento dos dados pessoais, ou seja, aqueles que identificam ou que podem identificar um indivíduo.

A lei não se detém a zelar por todos os dados, somente os dados pessoais, que são aqueles que nos identificam e que permitem sermos quem somos e, quando manipulados de forma incorreta, podem trazer consequências irreparáveis. Porém, para que possamos ter essa vigilância e controle em relação aos nossos dados, as instituições devem estar preparadas e

⁶ Art. 5ºX da Constituição - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

aptas a se organizarem de tal forma a garantir a manipulação adequada dentro da legalidade. Assim, precisam compreender todos os processos dentro das organizações, como os dados são obtidos, de que forma são manipulados, de que forma essas organizações têm acesso, visto que até então os dados obtidos eram tratados como matéria única de informação, agora precisarão ser identificados e divididos para que comecem a ser implementados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Portanto, a LGPD veio trazer um novo direito que vai precisar ser manejado de modo que possamos obedecer e atender as determinações desse novo preceito legal. Será imprescindível compreender o que é dado e o que é dado pessoal, esse é o ponto de partida, essencial para que todo o organismo de proteção possa ser garantido. Isso implica em modificações de todos os processos dentro da nossa organização, dos nossos sistemas de informação e de comunicação, nos nossos contratos e regulamentos. Além disso, se faz necessário implementarmos uma forma de fiscalizar os novos dados que ingressam, adentram aos nossos sistemas, da mesma forma, os que sairão.

O Serviço Social da Emergência do Hospital é balizado nas recomendações previstas nos POP's (Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço Social) e um dos instrumentais previstos é o Acolhimento Social

que é aplicado junto aos acompanhantes e pacientes com indicação de internação, visando um processo humanizado, legitimando necessidades desse público e buscando aprimorar a coleta inicial de informações a partir da chegada do paciente na emergência registrando informações que possam vir a contribuir posteriormente para agilizar a alta hospitalar ou para redução de permanência do paciente internado⁷.

É justamente nesse momento que é imprescindível garantir que a aquisição das informações seja feita de forma adequada, garantindo que os dados sensíveis que identificam o paciente sejam manejados com segurança com maior grau de opacidade. Notadamente na ocasião da entrevista para obtenção das informações ao declarante, deve ser garantido o sigilo das informações, esclarecida qual a finalidade, quais elementos serão utilizados, quanto tempo ficarão sob a posse da instituição e que não haverá riscos de incorrer da publicização com outras instituições.

Todo esse entendimento é necessário para que possamos efetivar o novo direito e isso implica em fazer com que a tecnologia seja o máximo transparente. Sendo assim, precisamos compreender o que está sendo pedido a nós no momento do fornecimento dos dados, para que tenhamos controle do fornecimento dessas informações e o que será feito com elas, qual

⁷ A citação foi retirada do POP (Procedimentos Operacionais Padrão) do Serviço Social do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, página 4.

destino, qual tratamento, se há riscos, para que possamos dar o aval, estarmos de acordo no momento do uso de determinada tecnologia. O desafio é criar barreiras no uso indiscriminado de tecnologias, as quais não adotam nenhum zelo nos dados obtidos. Conforme preceitua o art. 11, II da Lei 13.709/2018 “o consentimento é elemento essencial na aquisição e manejo dos dados”, estabelecendo várias garantias ao cidadão, dentre elas, ser informado acerca do manejo dos dados que estão sendo fornecidos além da segurança do que será feito com essas informações.

Infelizmente, a tecnologia tem dois lados, um que nos faz crer na rapidez na aquisição de um produto, por exemplo, ao passo que para tal atividade está ocorrendo um universo de processamento em razão de inúmeras ferramentas que dispomos e que aparentemente não há riscos. Contudo, são extraídas informações, dados que normalmente não seriam entregues por nós de forma voluntária.

Para impedir esse tratamento desordenado dos dados e permitir que possamos andar em uma direção consciente daquilo que nos é solicitado e que é tão caro, que são informações que nos individualizam e que nos identificam, a lei vem para estabelecer limites daquilo que ela chama de *controlador* e *operador* dos dados, artigos 9º e subsequentes da Lei 13.709/2018.

Precisamos ter ciência que todos nós somos titulares dos dados pessoais e esses dados precisam ser tratados com muito cuidado, com muito zelo e em condições claras e transparentes dentro das instituições para o exercício efetivo e eficaz de suas atividades. Para tanto, como detentores de direitos, os cidadãos podem exigir algumas prestações em razão dessa nova lei. A partir da aprovação da LGPD se instaura uma nova ordem de transição que necessita se organizar, precisa ser formada entre a nova LGPD e o direito fundamental e necessariamente carece ser diferente de tudo aquilo que a sociedade entendia como correto ou fugia ao crivo de proteção legal, principalmente, em razão da liberdade de expressão.

Esse debate não se encerra somente na área do direito ou da Tecnologia da Informação, vai para além das áreas de gestão, administração das empresas, das instituições privadas, estatais, equipamentos de implementação das políticas públicas, no caso em tela, no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

A aplicabilidade e implementação da LGPD requer um trabalho árduo e interdisciplinar. Qualquer modificação que se acarreta nos sistemas de informação ou que se acarreta em regulamentos, normas, procedimentos, leis, influi no outro departamento, descaracterizando-os. Assim, torna-se necessário encontrar o equilíbrio capaz de cuidar dos dados pessoais sem

que haja essa desordem e o ponto crucial é sem dúvida trabalhar a interdisciplinaridade das relações perante a Lei Geral de Proteção de Dados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, diante dessa nova realidade imposta pela criação da LGPD, conclui-se que não se trata de um momento fácil para o Brasil e também para todo o resto do mundo, visto que não há uma fórmula pronta e acabada que viabilize o tratamento adequado da Proteção dos Dados, tendo em vista as particularidades de cada país, de cada organismo, de cada instituição.

No caso trazido à baila, urge nivelar as informações, bem como uniformizar as técnicas utilizadas pelos/as Assistentes Sociais durante a entrevista para aquisição dos dados do paciente a fim de adequar aos comandos da lei. É necessário, portanto, criar um modelo que se adeque às exigências impostas pela legislação, de modo a garantir a segurança no manejo desses dados, informar as razões, o tempo de detenção desses dados, a finalidade, ou seja, encontrar a melhor maneira de obtenção dos dados com segurança para que possamos prestar contas de forma efetiva.

Essa é a nova ordem e tudo indica que o melhor caminho a ser trilhado seja o trabalho interdisciplinar, estabelecer um diálogo pedagógico com as diversas áreas de atuação: tecnologia da informação (sistema ARs Vitae), administração, gestão, atendimento, etc., visando encontrar um campo fértil e criativo para além do direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARZOTTO, L.C.; COSTA, R. H. M. (Org.). *Estudos sobre a LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados: doutrina e aplicabilidade no âmbito laboral*. Porto Alegre: Escola Judicial do Tribunal Regional do Trabalho da 4a Região. Diadorim Editora, 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Planalto: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709 . Acesso em: 15 de abril de 2023.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019. Brasília, DF: Senado Federal, 2018.

BRIZOLA, J; FANTIN, Nádia. Revisão da literatura e Revisão Sistemática da Literatura. *Relva*, v.3, n.2, p.23-38, jul./dez. 2016.

FORNASIER, M. O.; KNEBEL, N. M. P. O titular de dados como sujeito de direito no capitalismo de vigilância e mercantilização dos dados na Lei Geral de Proteção de Dados. *Revista Direito e Práxis*, v. 12, n. 2, p. 1002–1033, abr. 2021.

Capítulo XV

PLANO DE GESTÃO DE UM SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO HOSPITALAR EM FORTALEZA- CE: UMA ANÁLISE DA SÉRIE HISTÓRICA 2013-2021

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-14

João Pedro Cavalcante Carneiro Lima ¹

Lara Lhaize Negreiros Alcantara ¹

Ana Patrícia Oliveira Moura e Lima ²

Talita Hayara Dantas Rodrigues Alencar Araripe Bezerra ³

Antônia Alzira Alves Barboza ³

Rafaela Tavares Pessoa ³

¹ Universidade de Fortaleza – Aluno de graduação em Nutrição;

² Universidade de Fortaleza – Professor do Curso de Nutrição;

³ Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto– Nutricionista.

RESUMO

Os Indicadores em Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) são ferramentas que possibilitam descrever e acompanhar a eficácia dos processos na gestão, a fim de embasar intervenções que auxiliem na redução de impactos negativos ao serviço visando uma gestão eficiente e resolutive. Foi realizado um estudo descritivo observacional retrospectivo com abordagem quantitativa no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) com o objetivo de levantar os resultados dos indicadores entre os anos de 2013 a 2021 pretendendo quantificar as variáveis encontradas no plano de gestão. A análise dos dados foi feita por frequência simples, média e desvio padrão. É evidente o crescimento exponencial, ao longo dos anos, dos indicadores expostos no presente artigo e do Índice de Desempenho Setorial, estipulado com a meta em 65%, o qual obteve resultados satisfatórios na maioria dos anos ponderados, com queda importante no ano de 2020, devido à pandemia de COVID-19 e à impossibilidade de atingir indicadores importantes, como número de campanhas realizadas, informativos distribuídos e informações divulgadas no Plano O Dia, além do percentual de colaboradores treinados, e número de trabalhos científicos divulgados por ano, devido às medidas de prevenção como a prevenção do contato físico e distanciamento social, na tentativa de reduzir os riscos de contaminação e a circulação do vírus. É possível corroborar que a implementação de indicadores de qualidade traz impactos deveras positivos para o plano de gestão de uma UAN hospitalar e seus resultados são capazes de conduzir com clareza a tomada de decisão e o aperfeiçoamento do serviço.

Palavras-chave: Serviço de alimentação; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Indicadores de Gestão.

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) é uma atividade que tem como principal finalidade a produção e distribuição de alimentos, fornecendo refeições nutricionalmente completas para seus clientes, com o objetivo de manter uma rotina saudável, equilibrada e auxiliar nas atividades do seu dia a dia (TEIXEIRA et al., 2000).

O funcionamento da UAN deve ser planejado e voltado para atender as normas e trazer sucessos para o ambiente de trabalho. Pode-se dizer que a gestão do serviço de alimentação

está diretamente ligada à gerência eficiente e eficaz dos recursos com o intuito de atingir os objetivos da organização (PALÁCIO, J.P; THEIS, M, 2014).

Indicadores de qualidade em UAN vêm do conceito de sistematização de processos, produtos e serviços para assegurar resultados satisfatórios nas operações sendo um forte aliado nas avaliações na obtenção de metas e tomadas de decisão (ALVAREZ, 2010; TANAKA et al., 2012).

Um dos importantes indicadores da nutrição clínica está relacionado ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual foi desenvolvido com o objetivo de auxiliar a prática profissional no atendimento e as ações em saúde, em especial as necessidades em saúde mental (ALCANTARA; FERREIRA; GUIMARÃES, 2023). É definido como um conjunto de propostas de cunho terapêutico e articulação de ações a serem efetivadas no cotidiano do serviço de saúde (BRASIL, 2013). O PTS abrange a noção multidisciplinar reunindo a colaboração de várias especialidades e de diversas profissões, incluindo o nutricionista (ROLIM, 2015). Conforme estudo de Laurito et al., (2018) planejamentos devem ser elaborados, a fim de contribuir com a aplicação de práticas efetivas no campo do serviço de saúde, dentre elas, a execução de programas de educação e incentivo ao trabalho multidisciplinar.

O sucesso da gestão pode ser mensurado através de resultados decorrentes da organização em longo prazo, já quando se fala em eficiência, também analisam os resultados oriundos da organização, a longo e curto prazo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo observacional retrospectivo com abordagem quantitativa construído com dados de uma Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar na cidade de Fortaleza - CE, de maio a junho de 2022. Foi realizada uma análise das variáveis encontradas nos anos anteriores do plano de gestão do Serviço de Nutrição analisando os indicadores que foram utilizados entre os anos de 2013 a 2021 com o objetivo de levantar os resultados e quantificar as variáveis encontradas no plano de gestão.

A análise dos dados foi feita por frequência simples, média e desvio padrão. As metas anuais de alcance para cada indicador foram baseadas no plano de ação, e aqueles que não obtiveram metas previamente estabelecidas, assim como ocorrido com o Indicador de desempenho anual (IDS), foram considerados 65% para sua consecução.

Os riscos apresentados como o constrangimento e não alcance de objetivo, puderam ser minimizados com a correta utilização do Fator Causa Ação (FCA) que justifica a exacerbação de

alguns dados (>100% e <80%). Os benefícios obtidos foram o fornecimento de informações sobre os impactos dos indicadores de qualidade para a gestão de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar, também servindo como incentivo para a criação de futuros indicadores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao analisar o gráfico a seguir é possível observar um crescimento exponencial dos resultados no decorrer dos anos, tendo como principal fator a contratação de novos nutricionistas para a área clínica. Apesar disso, os resultados continuam abaixo da meta, isso pode ser resultado da inexistência de nutricionistas nos plantões noturnos, e a presença de apenas um nutricionista nos plantões de finais de semana, o que dificulta os atendimentos diante das altas a pedido, impossibilitando seu pleno cumprimento.

Conforme Silva et al., (2013), a adequada realização do PTS, seria de extremo proveito para a troca de informações e a coordenação necessária para a organização do trabalho e definição de metas e prioridades das ações, além da integração da equipe e o rompimento com o modelo biomédico de cuidado.

Gráfico 1 – Percentual de Projeto Terapêutico Singular (PTS) realizados pela equipe de nutrição.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Outro indicador importante da nutrição clínica é o percentual de avaliações nutricionais realizadas, o qual trouxe resultados crescentes. O ano de 2014 foi o que apresentou maior baixa nesse número, sendo também justificado pela pouca quantidade de profissionais nutricionistas na unidade, passando a atingir satisfatoriamente a meta nos três últimos anos analisados.

Gráfico 2 – Percentual de avaliações nutricionais realizadas.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Além das unidades de internação, o Hospital de Saúde Mental conta com dois Hospitais Dias (HD), o qual é a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, onde o paciente passa um período máximo de 12 horas e retorna para o seu lar no âmbito familiar, social e comunitário. Para Lima (2018) atividades de promoção à saúde destinada a pessoas com transtornos psíquicos são essenciais para o autocuidado e a educação em saúde a fim de evitarem agravos e proporcionarem bem-estar e qualidade de vida, ainda mais nesse momento onde estão inclusas pessoas na condição de reabilitação de suas funcionalidades.

Gráfico 3 – Número de reuniões realizadas com pacientes do Hospital Dia.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Conforme os gráficos 3 e 4, referindo-se aos HD, os quais possuem como meta 4 atividades educativas anuais, é possível observar em ambos, variações entre os anos em análise, havendo a não realização de encontros em ambos nos anos de 2013 e 2017. Apesar do ocorrido, desde o ano de 2018, com a contratação de mais profissionais nutricionistas o indicador vem alcançando as metas e trazendo resultados satisfatórios.

Gráfico 4 – Número de reuniões realizadas com pacientes da UD e/ou Elo de Vida.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Alguns indicadores, como é o caso do percentual de profissionais que participaram das reuniões mensais, e índice médio de satisfação do cliente, apresentados nos gráficos 5 e 6, expuseram pequenas variações, porém, resultados superiores à meta estabelecida em todos os anos de estudo.

Gráfico 5 – Percentual de profissionais da categoria participante das reuniões mensais de coordenação.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

O índice expressado no gráfico 6 é de extrema valia pois tem o objetivo mensurar a aceitação da alimentação ofertada, o qual está relacionado a qualidade do atendimento e alcance de expectativas dos clientes. Pode-se identificar que entre os anos de 2013 a 2021 houveram resultados excelentes e, por esse motivo, aumento gradativo da meta com o decorrer dos anos.

Um estudo que avaliou a satisfação do cliente com o serviço de nutrição e gastronomia na esfera hospitalar obteve resultados de satisfação médio de 79,1% no primeiro período e de 78,4% no segundo período, ambas abaixo do esperado (80%). Pode-se por tanto inferir que o setor de nutrição do HSM possui tanto meta quanto resultados notáveis. (BOPSIN et al., 2015).

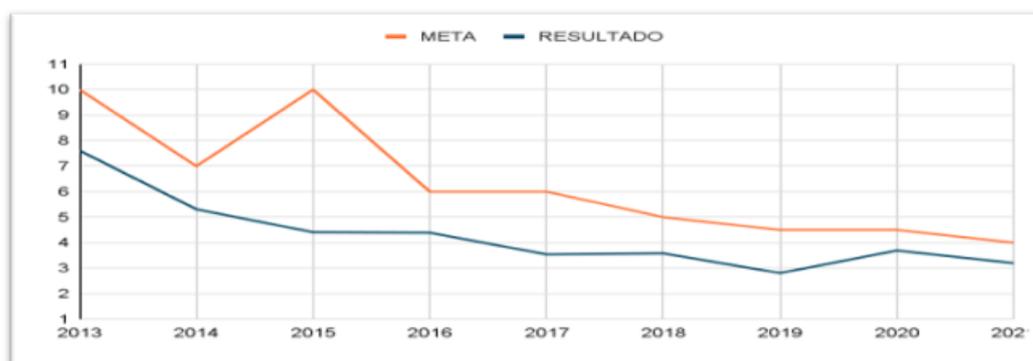
Gráfico 6 – Índice médio de satisfação do cliente.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

O percentual de resto ingesta é um indicador deveras importante na gestão de UAN. Através dele pode-se analisar o desperdício. Entre os anos avaliados foram identificados resultados sempre satisfatórios, visto que neste indicador, os melhores resultados são aqueles que encontram-se o mais abaixo possível da meta, assim como é esperado com o percentual de acidentes de trabalho (gráfico 8).

Gráfico 7 – Percentual de resto ingesta.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Os ótimos resultados encontrados no indicador de acidentes de trabalho podem estar correlacionados com a adequada utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), manutenção preventiva de máquinas e equipamentos e o treinamento contínuo dos colaboradores acerca dos riscos no local de trabalho e de como utilizar certos tipos de ferramentas (ARAÚJO, 2019). Por apresentarem sempre bons resultados, os indicadores representados nos gráficos 7 e 8, obtiveram ajuste da meta com o decorrer dos anos.

Gráfico 8 – Percentual de acidentes de trabalho.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

O indicador que mensura o número de campanhas realizadas, informativos distribuídos e informações divulgadas no plano do dia, bem como o indicador de trabalhos científicos divulgados por ano apresentaram variações durante os anos, contudo demonstraram resultados acima da meta estabelecida quase em sua totalidade, com queda apenas no ano de 2020, tal fato se deu devido à pandemia de COVID-19, onde as medidas tomadas para combater a transmissão da doença impediram a realização de campanhas e ações, e inevitavelmente houve ainda uma diminuição de pesquisadores presentes na unidade para realização de trabalhos. Após o retardamento dessas medidas, em 2021, é de fácil percepção que os resultados voltaram a superar a meta.

Gráfico 9 – Número de campanhas realizadas, informativos distribuídos e informações divulgadas no Plano O Dia.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Gráfico 10 – Número de trabalhos científicos divulgados por ano.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Outro indicador fortemente impactado pela pandemia do COVID-19 foi o percentual de colaboradores treinados, onde as medidas de diminuição de contágio por distanciamento social e absenteísmo relacionado à manifestação dos sintomas da doença levaram a redução do número de colaboradores presentes nos treinamentos.

Gráfico 11 – Percentual de colaboradores treinados.



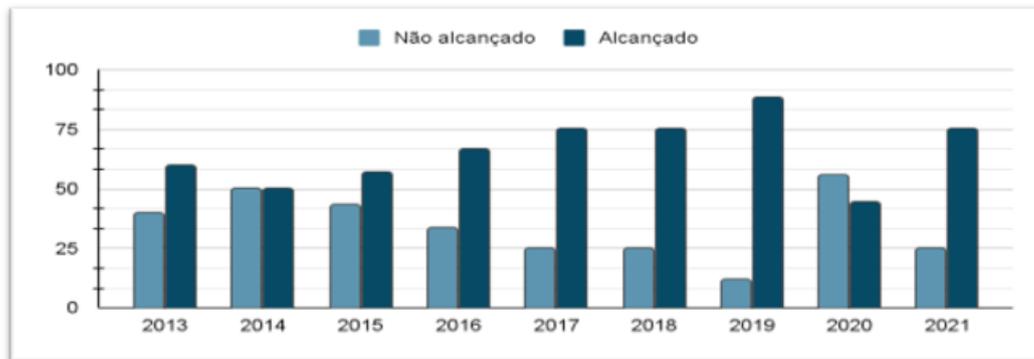
Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Analisando os resultados obtidos de cada ano, pode-se observar que o IDS (Índice de Desempenho Setorial) que mostrou o melhor resultado foi no ano de 2019, onde 88,2% das metas estipuladas demonstraram resultados satisfatórios. Fato que pode ser explicado pela criação e tabulação dos indicadores nos 5 anos anteriores, gerando assim, um melhor entendimento acerca das possíveis soluções para cada problema, consequentemente trazendo melhores resultados.

Apesar disso, o ano subsequente (2020) foi o que demonstrou o IDS mais baixo, onde o número de metas não atingidas (55%) superou o número de metas atingidas (45%), o que pode ser explicado pelo surgimento da pandemia por COVID-19, que dificultou o alcance de algumas metas, como por exemplo, o indicador que avalia o número de campanhas realizadas, informativos distribuídos e informações divulgadas no Plano O Dia, como também o número de

trabalhos científicos divulgados por ano, os quais sempre evidenciaram uns dos melhores indicadores do serviço de nutrição, logo, no ano em questão teve-se uma diminuição drástica. Contudo é correto afirmar que a meta do IDS estipulada em 65% foi atingida na maioria dos anos em pesquisa.

Gráfico 12 – Índice de desempenho setorial anual.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2023).

Um dos estudos que teve por objetivo verificar o uso da gestão de indicadores em serviços de nutrição hospitalar realizado com 31 instituições encontrou que 94% possuem indicadores assistenciais, e que 74% realizam a análise crítica destes indicadores utilizando essas análises como ferramenta de educação continuada na equipe de nutrição. O que corrobora com o presente estudo que além de possuir diversos indicadores, prossegue a fazer averiguação de seus dados, claramente identificado através da evolução de seus resultados ao longo dos anos (BARRIOS et., 2020).

4. CONCLUSÃO

Fatores externos podem influenciar diretamente no cumprimento das metas, o que pode ter sido evidenciado com os resultados do ano de 2020, onde houve o início da pandemia por COVID-19, que demonstrou o IDS mais baixo de todos os anos.

Para obtenção de processos assertivos é preciso otimização. O uso de indicadores de qualidade em UAN possibilita identificação clara e objetiva em busca de soluções para os diversos processos e fluxos existentes na unidade, sendo uma ferramenta essencial na gestão.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA SILVA LAURITO, J.; FERREIRA DO NASCIMENTO, V.; GUIMARÃES LEMES, A. **Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental**. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, v. 13, n. 37, p. 115–122, 2018. DOI: 10.47385/cadunifoa.v13.n37.1622. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/1622>. Acesso em: 26 ago. 2023.
- ALVAREZ, M. E. B. **Gestão de qualidade, produção e operações**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ARAÚJO, D. G. D. S. **CONDIÇÕES DE TRABALHO EM UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: UMA REVISÃO**. Disponível em: <<https://repositorio.ifpb.edu.br/handle/177683/1036>>.
- BARRIOS, Weruska Davi *et al.* Gestão de indicadores como ferramenta de educação continuada em serviços de nutrição hospitalar. **Braz. J. Of Develop**. Curitiba, p. 103207-103217. dez. 2020.
- BOPSIN, M. R. et al. ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE – RS. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 1, 30 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- LAURITO, J. A. S. et al. **Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental**. Cadernos UniFOA, v. 13, n. 37, p. 115-122, 2018.
- LIMA, E. P. M. DE. Atividades educativas para a promoção da saúde mental. **REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO AMAPÁ**, v. 1, n. 1, p. 120–127, 17 fev. 2018.
- PAYNE-PALACIO, J.; THEIS, M. **Gestão de Negócios em Alimentação: Princípios e Práticas**. 12ª edição. Barueri, SP. Editora Manole Ltda, 2014.
- ROLIM, V. A. G. **A construção do cuidado integral em saúde: o papel do nutricionista no projeto terapêutico singular**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Nutrição. Repositório Institucional da Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, 2015. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/970>. Acesso em 26 ago. 2023.
- SILVA, E. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197–202, 30 jun. 2013.
- TANAKA, N. Y. Y.; REIS, C. V.; SANTOS, A. G. T.; FERREIRA, M. G. R.; NOVAES, R.; ROMANO, R. P.; GÓES, W. M. Contribuição de indicadores na Contribuição de indicadores na gestão de uma unidade de gestão de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar. N.3, USP. Dezembro de 2012.

Capítulo XVI

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: ESTUDOS DE CASO SOBRE TRÊS CENTROS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-15

Thanara Pereira e Silva ¹
Cíntia Raquel da Silva Castro ²
Jennyfer Nahary Lima Mendes ³

¹ Assistente Social - Especialista em Neurociências - Graduanda em Arquitetura pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Assistente Social - Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: thanarapereira.silva@gmail.com

RESUMO

Os Centros de Convivência e Cultura (CECO) são espaços de convívio para a população em geral que integram e promovem atividades para pessoas com transtorno mental. Os CECO's tem como foco a realização de oficinas e outras atividades coletivas direcionadas prioritariamente para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, com o objetivo de promover espaço de socialização, trocas de vivências e construção de laços sociais. O objetivo do presente estudo é dialogar sobre os Centros de Convivência e Cultura para pessoas com transtornos mentais, a partir do estudo de caso de três centros, buscando ampliar o conhecimento a respeito da temática dos CECOs. O percurso metodológico do estudo se dividiu em três etapas. Inicialmente foi realizado um levantamento de bibliografias relacionadas à temática da saúde mental, evolução histórica dos lugares da loucura e centros de convivência vinculados a esta área. A segunda etapa consistiu em realizar três estudos de casos de equipamentos existentes e em funcionamento no Brasil. Os critérios estabelecidos para a inclusão dos equipamentos foram: o equipamento estar em funcionamento, o gestor ter interesse em participar da pesquisa, limitar a um exemplar por estado para que se pudesse ter uma visão mais abrangente das realidades encontradas. Concluímos que a criação de centros de convivências está diretamente ligado ao aumento de autonomia do sujeito com transtorno mental, já que conviver, criar laços e arte melhora a qualidade de vida dos sujeitos, além de ser um mecanismo para efetivar o não retorno da crise, já que a saúde mental é multifatorial.

Palavras-chave: Saúde Mental; Centros de Convivência e Cultura; Convívio Comunitário.

1. INTRODUÇÃO

Apesar de nos parecer comum associar a loucura ao ambiente hospitalar, o passado nos mostra cenários diferentes ao longo do tempo. A sociedade na antiguidade lidou com a loucura a partir da perspectiva do indivíduo diferente e se utilizou das mais diversas crenças para explicar determinados comportamentos, quer seja na perspectiva do medo, considerando uma possessão demoníaca, castigo ou provação divina, alienação, bem como na perspectiva de

manifestação divina, portador de uma verdade oculta. Até aqui as pessoas ditas loucas ocupavam a cidade, podiam circular e viver livremente, não havendo ainda a perspectiva da doença a ser tratada.

Foi só a partir da modernidade, com a emergência da sociedade capitalista e industrial, que a loucura passou a ocupar o lugar de extremo oposto da razão [iluminista], ou seja, o louco, aquele sobre quem não é possível exercer o controle, indisciplinado e improdutivo para a lógica industrial, se tornou um mal (ou um inútil) que deveria ser corrigido. Foi nesse momento que os muros do manicômio entraram em cena e a partir daí o louco ganhou o status de doente mental e deveria ser tratado para que se tornasse produtivo e ativo, “digno” de retornar a sociedade, e para aqueles em que isso não fosse possível caberia viver recluso entre muros, distante dos demais indivíduos, recebendo os devidos “cuidados” médicos.

Somente no ano de 2001, com a definição da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS, através da lei 10.216, que houve um redirecionamento do modelo de atenção à pessoas com transtornos mentais que subsidiou as transformações que já vinham ocorrendo através do processo de Reforma Psiquiátrica. As internações, anteriormente banalizadas, passaram agora a requerer indicação e justificativa médica, devendo ocorrer somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

A lei 10.216/2001 promoveu um enorme salto na direção de uma mudança efetiva no modelo de atenção em saúde mental, alguns serviços foram surgindo ao longo do tempo, com tentativas de regulamentação e consolidação, dentre eles o Centro de Convivência e Cultura - (CECO), objeto do presente trabalho. Foi somente em 2011, através da Portaria nº 3.088, que se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS estabelece pontos de atenção à saúde mental em diferentes níveis de complexidade, contemplando serviços que vão desde a atenção básica, dentre eles o CECO, equipamentos para o tratamento de transtornos mentais severos, o atendimento em situação de urgência e emergência, a atenção em caráter residencial transitório ou permanente e a reabilitação psicossocial.

Apesar de ser um equipamento amplamente utilizado nas regiões sul e sudeste do país, o estado do Ceará não possui nenhum CECO, tornando portanto urgente trazer esses espaços ao debate, considerando-o como símbolo da ruptura do padrão de assistência a saúde mental centrado na relação médico-paciente, bem como de resistência ao contínuo desmonte sofrido pela Política Nacional de Saúde Mental.

Assim, o objetivo do presente estudo é dialogar sobre os Centros de Convivência e Cultura para pessoas com transtornos mentais, a partir do estudo de caso de três centros, buscando ampliar o conhecimento a respeito da temática dos CECOs.

2. METODOLOGIA

O percurso metodológico do estudo se dividiu em três etapas. Inicialmente foi realizado um levantamento de bibliografias - artigos, dissertações, teses e livros e legislações - relacionadas à temática da saúde mental, evolução histórica dos lugares da loucura e centros de convivência vinculados a esta área.

A segunda etapa consistiu em realizar três Estudos de Casos de equipamentos existentes e em funcionamento no Brasil. Os critérios estabelecidos para a inclusão dos equipamentos foram: o equipamento estar em funcionamento, o gestor ter interesse em participar da pesquisa, limitar a um exemplar por estado para que se pudesse ter uma visão mais abrangente das realidades encontradas.

A escolha de cada centro foi intencional, de forma que ao passo que os centros foram sendo identificados, eram realizados contatos telefônicos com os mesmos, e para os que tiveram êxito foi imediatamente feita a apresentação da pesquisadora e do objetivo da pesquisa, e após aceitação era dada continuidade à coleta. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas não estruturadas, aplicadas através de contatos telefônicos com os gestores das unidades, incluindo perguntas referentes à origem do equipamento, a edificação, tipo de atividades desenvolvidas, equipe e financiamento.

3. O CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA: O QUE É?

Os primeiros CECO's surgiram ao final da década de 1980, no estado de São Paulo, como sendo equipamentos integrantes da rede de saúde mental, e tinham como objetivo oferecer atividades que promovessem a inclusão social de pessoas que realizavam tratamento psiquiátrico. A partir daí outros centros foram surgindo, principalmente em municípios das regiões sul e sudeste do país (CAMBUY; AMAUZZI, 2012 apud ALVAREZ; DA SILVA; DE MORAES OLIVEIRA, 2016).

Tendo em vista a necessidade de pensar um lugar social diferente do lugar da exclusão e do isolamento para as pessoas com transtornos mentais, apontada a partir da Lei 10.216/2001, buscou-se criar espaços para o desenvolvimento de ações que ampliassem a

autonomia dos usuários, bem como suas condições concretas de vida, deu-se aí a instituição dos CECO's, através da promulgação da Portaria 396, de 07 de julho de 2005:

I - Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade;

II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais.

Os CECO's têm como foco a realização de oficinas e outras atividades coletivas direcionadas prioritariamente para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, com o objetivo de promover espaço de socialização, trocas de vivências e construção de laços sociais (BRASIL/MG, 2005).

Os CECO's têm caráter complementar à rede de serviços substitutivos, e conforme a portaria 396, só deverá ser implementado em municípios que já tenham construído respostas efetivas ao tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Cabe salientar que esta portaria foi revogada no mesmo ano de sua promulgação e segue sem ter sido revisada e aprovada novamente, o que dificulta a estruturação, dimensionamento de equipes e o financiamento dos equipamentos que permanecem em funcionamento atualmente.

A partir da constituição da RAPS, os CECO's passaram a compor a rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, como um dos pontos da atenção básica, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. A portaria 3.088/11 traz ainda em sua redação, parágrafo 4º que os centros de convivência [...] são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

4. ESTUDOS DE CASOS.

4.1. Centro de Convivência e Cultura de Niterói - Niterói, RJ.

O Centro de Convivência e Cultura de Niterói foi criado no ano de 1996, como uma iniciativa dos profissionais do Hospital Psiquiátrico do município que desejavam integrar os pacientes em internação e/ou em processo de alta em atividades relacionadas à arte, ao esporte e à cultura dentro da cidade (Imagem 01). Inicialmente o Centro funcionou de modo itinerante, utilizando-se de diversos espaços da comunidade para a realização das atividades. Posteriormente o equipamento passou a ocupar espaço dentro de outros estabelecimentos,

como CAPS, por exemplo, e atualmente ocupa uma sala ampla dentro da Policlínica de Niterói, que segundo a gestora do serviço, é utilizada para reuniões de planejamento de atividades com profissionais e pacientes.

O serviço é direcionado prioritariamente para pessoas com transtornos mentais, porém o acesso às atividades é livre para o público em geral. As atividades coletivas com os usuários acontecem nas bibliotecas, faculdades, no teatro popular, parques e praças, entre outros espaços de interesse apresentados por eles. O Centro de Convivência e Cultura de Niterói nunca teve sede própria, muito menos um espaço construído para sua finalidade, principalmente pela dificuldade para o financiamento, atualmente proveniente somente do município.

Imagem 01 - Realização de atividades externas pelos usuários



Fonte: Blog do serviço

4.2. Centro de Convivência de Saúde Mental César Campos - Belo Horizonte, MG.

O estado de Minas Gerais possui inúmeros centros de convivência direcionados a pessoas com transtornos mentais, e o município de Belo Horizonte detém número significativo totalizando nove equipamentos, um em cada regional, conforme a figura 02. O primeiro centro surgiu em meio ao processo de luta antimanicomial no início da década de 1990, ainda como um setor interno associado ao hospital psiquiátrico Instituto Raul Soares. Além de ofertar diversas atividades, como oficinas de artesanato, artes visuais e plásticas, música, literatura, cerâmica, bordado, entre outras, desenvolvem trabalhos de forma articulada à outras políticas sociais com educação, assistência social e cultura. (Site Prefeitura de BH)

A gestora do Centro de Convivência César Campos foi entrevistada no dia 07 de junho de 2022. Conforme as informações coletadas, o equipamento está localizado no bairro Cruzeiro,

região centro - sul de Belo Horizonte, foi inaugurado no ano de 2001, quando recebeu um prédio público municipal reformado para funcionamento de sua sede. O equipamento conta com duas salas com capacidade para realização de oficinas de grupo, uma sala de administração e outra de gerência, e um pátio com jardim na área externa que permite acesso visual às salas de oficina onde são realizados momentos de socialização entre os usuários. A maioria das atividades ocorrem no próprio equipamento, e se somam às ações externas mais esporádicas de visitação e passeios.

Imagem 02 - Sala de oficina de desenho e pintura. Sala de oficina de bordado, tapeçaria e mosaico.



Fonte: Fornecida pela coordenadora do equipamento.

4.3. Centro de Convivência e Cultura de Natal - Ceco Natal - Natal, RN.

O CECO Natal foi escolhido para estudo de caso de modo intencional, tendo em vista ser o único na modalidade existente em toda a região nordeste do país. A coleta de dados foi realizada através de contato telefônico com a gestora do serviço no dia 23 de junho de 2022. Além da gestora, a equipe é composta por duas psicólogas, uma agente comunitária de saúde (profissional em readaptação de função pelo INSS), quatro voluntários da comunidade que trabalham como facilitadores das oficinas, e um auxiliar de serviços gerais.

O CECO Natal foi criado no ano de 2017, a partir da demanda de serviços em saúde mental gerada com o fechamento do ambulatório especializado em transtornos mentais. O ambulatório ofertava atendimento assistencial individual e de grupo, e após o encerramento das atividades, os pacientes foram matriciados para outros pontos de atenção da RAPS de Natal, como o CAPS e Unidade de Atenção Primária e Saúde (UAPS).

O CECO Natal surgiu neste contexto com o incentivo financeiro do Ministério Público do Estado, como um serviço substitutivo às atividades grupais desenvolvidas pelo ambulatório. O

Centro é um serviço aberto à toda a população e tem como objetivo contribuir para a inclusão social dos usuários da RAPS através da arte e da cultura, promovendo atividades de artesanato, teatro, alongamento, capoeira, zumba, oficina de poesia, música e percussão, todas realizadas no próprio equipamento. Os usuários também realizam apresentações artísticas em outros espaços da cidade como praças e universidades, dentre outros.

Originalmente o CECO funcionou no Centro Integrado de Saúde CIS Pescadores, um antigo hospital de Natal, porém, desde o início da pandemia, há 2 anos, o hospital foi reativado para atendimento de pacientes com COVID19. O CECO possuía quatro salas amplas, uma copa e um espaço ao ar livre com um jardim cultivado pelos próprios usuários. A maior sala era utilizada para as atividades que envolvem música e alongamento, a segunda sala era utilizada para oficina de artesanato e poesia, na terceira funcionava a sala de jogos e biblioteca, e por fim, a antiga sala de raio x do hospital era utilizada como um cinema.

Com o fechamento do Hospital, a sede do serviço foi transferida para o auditório do CAPS infantil, recebendo adaptações para comportar também um espaço administrativo e de armazenamento. A gestora ressaltou as limitações encontradas devido à precariedade do espaço físico, já que não é possível realizar atividades simultâneas na única sala disponível. As produções artísticas dos usuários ficam expostas nas paredes e no mobiliário, conforme imagem 03.

Imagem 03 - Realização de atividades corporais (esquerda) e manuais (direita)



Fonte: Fornecida pela coordenadora do equipamento

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo cumpriu seu objetivo de trazer a discussão uma temática tão relevante mas pouco explorada nas produções científicas, principalmente considerando dialogar sobre os Centros de Convivência e Cultura. Esses Centros garantem a integração convívio da população em geral, oferecendo espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade para pessoas com e sem transtorno mental.

A importância do desenvolvimento de atividades em espaços da cidade, vislumbrando a paulatina inserção e convivência dos usuários com a sociedade em geral e consequente apropriação da cidade, não anula de forma alguma a necessidade do espaço físico adequado para o CECO. Tendo em vista seu caráter não assistencial, não hospitalar/manicomial, e não centralizado no saber médico, se trata de um espaço aberto à comunidade ligado a arte e a cultura, e principalmente uma ferramenta em potencial para desestigmatizar os usuários da política de saúde mental.

Por fim, a criação de centros de convivências está diretamente ligado ao aumento de autonomia do sujeito com transtorno mental, já que conviver, criar laços e arte melhora a qualidade de vida dos sujeitos, além de ser um mecanismo para efetivar o não retorno da crise, já que a saúde mental é multifatorial.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez; DA SILVA, Jessika Oliveira; DE MORAES OLIVEIRA, Ana Caroline. **Centro de convivência e cultura: diálogos sobre autonomia e convivência**. ECOS- Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 6, n. 1, p. 5-19, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 396, de 07 de Julho de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para os Centros de Convivência e Cultura. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, maio de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 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**, Brasília, DF, abril de 2001.

SITE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_mental_ad/index.php?p=303568. Acesso em: 10 de maio de 2022.

SITE DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria/centro-de-convivencia>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

Capítulo XVII

ORGANIZAÇÃO DE UM HOSPITAL - DIA EM UMA INSTITUIÇÃO REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-16

Andrea Pinheiro da Rocha ¹

Daniele Gonçalves Freitas ²

Samara Naiane de Souza Nascimento ³

Samara Nunes de Souza ⁴

Sâmia Assunção de Oliveira ⁵

Wesley Soares Ramos ⁶

¹ Enfermeira - Gerente de Enfermagem Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Enfermeira - Gestora de unidade Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Enfermeira - Educação Permanente em Serviço de Saúde Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁴ Enfermeira - Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁵ Enfermeira - Gestora de unidade Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

⁶ Psicólogo - Coordenador dos Ambulatórios Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: samiaassuncaoo@hotmail.com

RESUMO

O Hospital-dia, é um recurso intermediário entre o ambulatório e a internação plena, é mais uma alternativa importante no tratamento dos pacientes. O Hospital Dia Lugar de Vida, tem seu funcionamento desde a sua criação no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), criado antes da Reforma psiquiátrica, em junho de 1993. Encontra-se no rol dos tratamentos mais relevantes e importantes do estado do Ceará, quando relacionado a essa modalidade de tratamento dentro da saúde mental. Adequado à reforma psiquiátrica, lei 10.216 de 2001, o Hospital Dia tem seu funcionamento em regime diarista, com pacientes oriundos da internação psiquiátrica, advindos ou não do HSM, de caráter voluntário, buscando além da recuperação e manutenção da saúde mental, a criação de vínculo entre paciente, serviço de saúde e família, a fim de buscar a reinserção e reintegração social do paciente. O HD Lugar de vida, os pacientes são atendidos na perspectiva de uma assistência terapêutica, com permanência diária de 08h, de segunda a sexta feira. Descrever o funcionamento e organização de um hospital - dia em uma instituição referência em saúde mental. Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em um Hospital referência em psiquiatria no Estado do Ceará, no período de novembro a dezembro de 2022, com atendimento somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O público alvo são pacientes em recuperação de doenças mentais. O serviço é de grande valia e importância dentro da rede de atenção psicossocial, ao longo desses anos de implantação, vem aprimorando o cuidado e dando resultado durante as terapias ofertadas.

Palavras-chave: Hospital-Dia; Assistência em Saúde Mental; Intervenção Psicossocial;

1. INTRODUÇÃO

Segunda a Portaria nº44 de 2001, os HD's funcionam como assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, a fim de prestar uma assistência clínica, cirúrgica, diagnóstica e terapêutica, com permanência na unidade por um período máximo de 12h (BRASIL, 2001).

O Hospital Dia Lugar de Vida, tem seu funcionamento desde a sua criação no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), criado antes da Reforma psiquiátrica, em junho de 1993 e encontra-se no rol dos tratamentos mais relevantes do estado do Ceará, relacionado a essa modalidade de tratamento dentro da rede de atenção psicossocial.

Tem sua programação desenvolvida de forma individualizada, terapêutica intensiva e predominantemente grupal, além das atividades em oficinas terapêuticas, com o objetivo de reinserir socialmente e reabilitar psicossocialmente o paciente sem excluí-lo do meio sócio-familiar.

Adequado à reforma psiquiátrica, lei 10.216 de 2001, o Hospital Dia tem seu funcionamento em regime diarista, com pacientes oriundos da internação psiquiátrica, advindos ou não do HSM, de caráter voluntário, buscando além da recuperação e manutenção da saúde mental, a criação de vínculo entre paciente, serviço de saúde e família, a fim de buscar a reinserção e reintegração social do paciente.

Nessa perspectiva, conhecer o funcionamento e como ter acesso ao serviço é de grande valia para os usuários do SUS, assim como profissionais, a fim de obter conhecimento sobre os equipamentos disponíveis na rede de atenção psicossocial, que auxiliam e reabilitam os pacientes com transtornos mentais.

2. OBJETIVO

Descrever o funcionamento e organização de um hospital - dia em uma instituição referência em saúde mental.

3. METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em um Hospital referência em psiquiatria no Estado do Ceará, no período de novembro a dezembro de 2022, de natureza pública, com atendimento somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trabalho elaborado respeitando os preceitos éticos.

4. DESCRIÇÃO

O serviço funciona na modalidade diarista, de caráter voluntário, de segunda a sexta, no horário de 08:00 às 16:00h. Os pacientes são oriundos da internação do Hospital de Saúde Mental, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos de retaguarda em saúde mental, residências terapêuticas, Atenção básica, Clínicas particulares e equipamentos que

atendem demandas psiquiátricas. Esses pacientes são referenciados do serviço de origem, havendo vaga disponível, participam de uma triagem, a fim de verificar os critérios de inclusão para internação no serviço.

O serviço funciona com 30 vagas disponibilizadas pelo SUS.

Na triagem é visto os seguintes critérios: paciente estar acompanhado ou paciente está consciente e orientado para tomada de decisões como a internação no HD; é submetido a uma avaliação médica, pautada no diagnóstico psiquiátrico; avaliação socioeconômica familiar, a fim de viabilizar juntamente a assistência social os benefícios disponibilizados pelo governo; e avaliação de enfermagem.

Os critérios de inclusão estão pautados na história psiquiátrica e comprovação diagnóstica; residir preferencialmente na Regional VI (Messejana e adjacências); ter familiar ou alguém próximo responsável; ser independente nas atividades de vida diária, sem limitação física ou mental importante que prejudique a independência funcional dentro do serviço; não esteja na crise psiquiátrica aguda; faixa etária de 18 a 70 anos, de ambos os sexos; não ser usuário de substâncias psicoativas.

São considerados critérios de exclusão para entrada no serviço a deficiência mental grave; portadores de deficiência física que impossibilitam as atividades de vida diária de maneira autônoma e independente; e usuários de substâncias psicoativas.

O corpo técnico conta com equipe multiprofissional, tais como, médicos, residentes e internos de medicina, acadêmicos de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeuta ocupacional e assistente social.

Durante a estadia no HD, o paciente participa de terapias de grupo com equipe interdisciplinar e multiprofissional, atendimento psicológico, consultas médicas, terapia de grupo com terapeuta ocupacional, além da assistência de enfermagem e assistência social. O ambiente da internação é arborizado, com refeição no local, contendo sala de vídeo e jogos (FIGURA 1), espaços de conexão com a natureza (FIGURA 2), além de ambientes e salas propícios para terapia grupal (FIGURA 3). O HD é um anexo do HSM.

Figura 1 - Sala de vídeo e jogos.



Figura 2 - Espaços de conexão com a natureza



Figura 3 - Propícios para terapia grupal



Visando a reintegração social, o serviço busca equipamentos públicos, filantrópicos ou de assistência social, próximo à residência do paciente (tais como: Rede CUCA, Centro de Inclusão Tecnológica e Social (CITS), Igrejas, centro sociais, etc.), a fim de inseri-los na comunidade, visando melhoria e manutenção da saúde mental, adaptação e interação na comunidade em que reside. Nessa perspectiva, os pacientes ainda participam de passeios terapêuticos, organizados pela equipe técnica. Os passeios acontecem na praia da Sabiaguaba,

cinemas, zoológico, parque do cocó, centro cultural da Unifor, praia de Iracema e shopping centers.

Ao longo do tratamento e permanência no HD, a equipe técnica visita o local em que o paciente reside, com vistas à visita familiar e as circunvizinhanças para entender o contexto social e a comunidade em que o paciente está inserido, visando ajudar no fortalecimento de vínculo, na assistência social necessária e conhecer a família e o contexto para fortalecer o elo do paciente, família e serviço de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço é de grande valia e importância dentro da rede de atenção psicossocial, ao longo desses anos de implantação, vem aprimorando o cuidado e dando resultado durante as terapias ofertadas. Os pacientes, por vezes, consegue ser inserido novamente ao contexto familiar e social, reduzindo significativamente a reinternação, deixando a família como coparticipante e coadjuvante no tratamento e melhoria do quadro psiquiátrico. Ainda há muito que melhorar, como o ganho de recursos para os passeios terapêuticos, que atualmente é arcado pela equipe técnica, questões estruturais e recursos para arte terapia.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº44 de 10 de janeiro de 2001. Brasília, DF. 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html>. Acesso em: 5 jan. 2023.

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. Diário Oficial da União. Seção 1, pag 2. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/628932/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-04-2001>. Acesso em: 5 jan. 2023.

Hospital Dia lugar de Vida. www.hsm.ce.gov.br, 2020. Disponível em: <<https://www.hsm.ce.gov.br/hospital-dia-lugar-de-vida/>>. Acesso em: 5 jan. 2023.

Capítulo XVIII

ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA DE CARDÁPIOS OFERTADOS AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-17

Ellen Silva Neves ¹

Antonison Pinheiro de Sousa ²

Ana Raquel Gonçalves Rodrigues ³

Maria Eduarda Nogueira Tavares ⁴

Polliany Alves Guedes ⁵

¹ Técnica em Nutrição e acadêmica no curso de Nutrição na Faculdade Maurício de Nassau – Campus Parangaba

² Técnico em Enfermagem e acadêmico no curso de Nutrição na Faculdade Maurício de Nassau – Campus Parangaba

³ Acadêmica no curso de Nutrição na Faculdade Maurício de Nassau – Campus Parangaba

⁴ Técnica em Nutrição e acadêmica no curso de Nutrição na Faculdade Maurício de Nassau – Campus Parangaba

⁵ Acadêmica no curso de Nutrição na Faculdade Maurício de Nassau – Campus Parangaba

E-mail: ellenneves153@gmail.com

RESUMO

Introdução: É papel das Unidades de Alimentação e Nutrição hospitalares garantir uma dieta que atenda às carências nutricionais dos pacientes, sendo essencialmente importante para evolução do quadro saúde-doença de enfermos portadores de doenças crônicas, como Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica. **Objetivo:** Analisar qualitativa e quantitativamente o cardápio oferecido a pacientes psiquiátricos portadores de Diabetes *Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, em um serviço de alimentação e nutrição de um hospital público psiquiátrico de referência localizado em Fortaleza (CE). **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo, qualitativo e quantitativo, utilizando o Método de Avaliação Quantitativa das Preparações do Cardápio e a Tabela Brasileira de Composição dos Alimentos para avaliar sete dias corridos de um cardápio ofertado. **Resultados:** Verificou-se que, a respeito do caráter qualitativo, que há uma grande na oferta de frutas, de variadas cores, além da baixa oferta de doces associados às gorduras, valorizando a qualidade nutricional do cardápio. O cardápio apresentou alguns pontos negativos, como a presença de alimentos ricos em enxofre e a repetição de algumas preparações, tornando o cardápio pouco diversificado. Notou-se também, na análise quantitativa, algumas inadequações nas quantidades ofertadas de macronutrientes. **Conclusão:** O cardápio tem papel extremamente importante para a evolução do quadro de saúde-doença dos pacientes. É necessário um bom planejamento para que o cardápio atenda, de forma adequada, as necessidades nutricionais da clientela, enfatizando a importância do nutricionista de UAN, na elaboração e revisão frequente do mesmo.

Palavras-chave: Planejamento de cardápio; Nutricionista; UAN.

1. INTRODUÇÃO

A alimentação e a nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (PNAN, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo. Já a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).

O crescimento epidêmico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a hipertensão e a diabetes *mellitus*, pode ser atribuído a fatores genéticos, maus hábitos alimentares, excesso de peso e idade. A terapia nutricional (TN) busca favorecer um melhor controle metabólico, um peso corporal adequado, além de níveis pressórico e glicêmico, auxiliando na evolução do quadro saúde-doença dos pacientes com DM e HAS.

A alimentação ofertada pelo Hospital de Saúde Mental baseia-se em cardápios que buscam levar em consideração as Leis da Alimentação, conforme proposto por Pedro Escudero. As refeições devem ser quantitativamente suficientes, qualitativamente completas, harmoniosas e adequadas ao comensal, tendo em vista a particularidade dos portadores das doenças crônicas.

O planejamento dos cardápios de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) é comumente influenciado pelos costumes alimentares de seus clientes, como também pelo orçamento financeiro disponível. Paralelo a isso, é válido ressaltar que a UAN hospitalar em questão tem como modalidade de aquisição de gêneros alimentícios a licitação, de caráter anual. Por esse motivo, torna-se necessário padronizar todas as preparações servidas aos pacientes a fim de calcular a quantidade de todas as matérias primas utilizadas durante o decorrer do exercício anual.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é analisar qualitativa e quantitativamente o cardápio oferecido aos pacientes internados, portadores de DM e HAS, durante sete dias corridos, em um serviço de alimentação e nutrição de um hospital público de referência em saúde mental do Estado do Ceará.

2. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi adotada uma metodologia de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo. O trabalho se desenvolveu a partir da análise dos cardápios do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSM) por sete dias corridos. O serviço de alimentação oferece três tipos de refeições, uma para os pacientes e seus acompanhantes, outra para pacientes com restrições alimentares e outra para os colaboradores

de todo o hospital. Vale ressaltar, que a análise feita foi em relação à refeição servida para os pacientes portadores de DM e HAS, sendo elas o desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.

Dessa forma, a verificação quantitativa das refeições foi realizada por meio do *excel* da TACO e nela os ingredientes foram distribuídos de acordo com sua per capita para conseguir obter resultado nutricional. As refeições foram separadas da geral, pois o paciente portador de DM possui restrições alimentares (como aos açúcares simples) assim como o paciente que possui HAS (que precisa minimizar a ingestão de sódio). Posteriormente, foi avaliada a composição centesimal de macronutrientes a fim de identificar a adequação às recomendações de 2000 kcal/dia e avaliado qualitativamente o fornecimento de micronutrientes no cardápio.

A análise qualitativa foi feita através do AQPC, considerando as preparações quanto a apresentação e técnicas de preparo, a oferta de folhosos, frutas ou tipo de carnes, ao teor de enxofre dos alimentos, a monotonia alimentar e as combinações entre os alimentos, além de considerar a oferta de doces e gorduras do mesmo dia. Os dados foram analisados através das fichas técnicas das preparações da dieta, reunindo informações sobre o modo de preparo, ingredientes utilizados e verificação dos rótulos dos alimentos industrializados. Ademais, o AQPC é feito visualizando os dias de cardápios e as aparições dos itens, posteriormente faz-se uma regra de três simples e a partir do resultado, uma porcentagem.

3. RESULTADOS

Análise quantitativa do cardápio

A priori, a unidade possui um cardápio padrão, composto por salada crua (e às vezes refogada, sendo esta aproximadamente 3 vezes ao mês), uma opção de prato proteico, prato base, sendo (arroz e feijão) e um tipo de sobremesa, sendo fruta na maior parte e quando não tem, o paciente que possui diabetes não recebe sobremesa, pois a ingestão de doces precisa ser evitada. As refeições são produzidas separadamente, pois os pacientes portadores de DM e HAS não podem consumir açúcar e sódio em excesso, respectivamente. Dessa forma, essas refeições são montadas exclusivamente por uma cozinheira dietista e colocadas em quentinhas, identificadas através de etiqueta contendo nome, número do leito e comorbidade e, logo após, são entregues aos pacientes.

Verificaram-se inadequações quanto aos componentes de um cardápio padrão, tendo em vista que esse não faz oferta de guarnições. Observou-se que foi servido frango durante os sete dias, que o feijão de corda foi ofertado cinco dias e que a sobremesa predominante foi a laranja,

servida em cinco dias da semana, influenciando na pouca diversidade da dieta oferecida, conforme a tabela 1.

Tabela 1 - Cardápio do almoço oferecido aos pacientes com DM e HAS.

Dias da semana	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
Salada	Salada de cenoura ralada e cebola, com repolho branco, pimentão e azeite	Salada com alface crespa, cenoura ralada, milho verde, pimentão verde, tomate e azeite	Salada com acelga e alface crespa, melão, tomate, pimentão verde e azeite	Salada com alface crespa, abacaxi, melão, pimentão e tomate com azeite	Salada de alface crespa, ervilha, milho verde, pepino e tomate com azeite	Salada de acelga, abacaxi, melão, pimentão verde, tomate e azeite	Salada de alface crespa, cenoura ralada, laranja, pimentão verde e azeite
Prato principal	Filé de frango ao molho	Coxa e sobrecoxa ao molho	Filé de frango ao molho	Coxa e sobrecoxa ao molho	Filé de frango ao molho	Filé de frango ao molho	Filé de frango ao molho
Guarnição	-	-	-	-	-	-	-
Prato base	Arroz integral e feijão de corda	Arroz integral e feijão de corda	Arroz integral e feijão de corda	Arroz integral e feijão de corda	Arroz integral e feijão preto	Arroz integral e feijão carioca	Arroz integral e feijão de corda
Sobremesa	Laranja	Laranja	Laranja	Laranja	Banana	Melancia	Laranja

Fontes: Elaborada pelos autores a partir de dados coletados na pesquisa.

Apesar de algumas inadequações, também foram encontrados fatores positivos, como a presença de folhosos em seis dias, a preservação das proteínas ao molho ao invés de frituras, de frutas todos os dias, contribuindo assim para a variedade de cores e adequação da ingestão de micronutrientes.

Através do *excel* da TACO os achados foram de que os pacientes portadores de diabetes mellitus, em suas seis refeições, atingem uma média de 2068,97 kcal/dia, conforme mostrado na tabela 3. E que os pacientes com HAS, possuem uma média calórica de 2.446,08 kcal/dia, conforme é possível visualizar na tabela 2.

Tabela 2 - Demonstração de macronutrientes do cardápio do paciente portadores de HAS.

Macros	Resultados encontrados							
	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Média
Energia (kcal)	2452,1	2418,4	2419,0	2382,7	2484,7	2547,2	2418,46	2446,08
CHO (g)	369,05	435,03	382,09	380,18	407,81	415,74	404,17	399,15
PTN (g)	103,53	108,59	105,04	117,62	97,75	104,56	96	104,72
LIP (g)	62,42	60,04	52,27	43,51	51,39	51,78	46,42	52,54

Fontes: Elaborada pelos autores a partir de dados coletados na pesquisa.

Tabela 3 - Demonstração de macronutrientes do cardápio do paciente portadores de DM.

Macros	Resultados encontrados							
	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Média
Energia (kcal)	1559,58	2550,44	2083,24	2524,44	1769,99	1993,44	2001,72	2068,97
CHO (g)	203,54	354,82	295,83	412,86	248,04	305,1	303,84	303,43
PTN (g)	97,12	131,59	98,28	142,62	92,06	105,15	199,38	123,74
LIP (g)	39,66	67,2	54,4	73,35	45,51	53,44	38,76	53,18

Fontes: Elaborada pelos autores a partir de dados coletados na pesquisa.

No que diz respeito à avaliação qualitativa, o método AQPC possibilitou a visualização global do cardápio, levando-se em consideração a qualidade nutricional e sensorial das preparações. Sendo assim, verificou-se que sucedeu a oferta diária de frutas, atingindo 100%, a presença de folhosos atingiu 85,7% e que não houve oferta de cores iguais, doces associados

a gorduras, contribuindo assim para evolução do quadro de saúde dos pacientes. No entanto, conforme a tabela 2, observou-se a prevalência de alimentos ricos em enxofre, somando cerca de 85,7%, pois houve oferta de frutas e verduras como melão, cebola, acelga e alho ofertados eventualmente.

Tabela 4 - Avaliação com o método AQPC do cardápio do almoço oferecido aos pacientes com DM e HAS.

Dias de cardápio	Frutas	Folhosos	Cores iguais	Ricos em enxofre	Doces	Frituras	Carnes gordurosas	Doce + fritura
7 dias	7 dias	6 dias	0 dias	6 dias	0 dias	0 dias	0 dias	0 dias
% de ocorrência	100%	85,7%	0%	85,7%	0%	0%	0%	0%

Fontes: Elaborada pelos autores a partir de dados coletados na pesquisa.

4. DISCUSSÃO

Quanto aos resultados obtidos por meio das análises realizadas, podemos destacar primeiramente a tabela 1, a qual demonstra que houve muitas repetições de proteínas, prato base e sobremesas oferecidas durante a semana, dentre estas podemos identificar que os pacientes consumiram frango 7 vezes na semana, laranja foi consumida 5 vezes e o feijão de corda também foi consumido 5 vezes. O ponto relatado acima se torna negativo, uma vez que, quando não há uma variedade de ofertas de alimentos, conseqüentemente, não há variedade na oferta de nutrientes, sejam eles micronutrientes ou macronutrientes, sugerindo uma monotonia no consumo alimentar.

Em contrapartida, podemos também enaltecer pontos positivos em relação à oferta dos alimentos visando a recuperação dos pacientes. Sabemos que um dos nutrientes mais importantes para os diabéticos são as fibras, pois as mesmas podem atenuar a resposta à insulina e, assim, auxiliar na prevenção e no controle do DM2. Durante a análise do cardápio, é possível visualizar uma grande oferta de frutas nas sobremesas após o almoço e também em outras refeições, fazendo com que haja uma grande oferta de fibras.

Além do mais, no que diz a respeito da dieta do paciente com HAS, sabe-se que 75% de sódio é consumido através dos alimentos processados e ultraprocessados, os quais causam malefícios à saúde. A dietoterapia para os hipertensos fundamenta-se em uma dieta hipossódica, tendo como base fundamental a exclusão, principalmente, dos alimentos processados e ultraprocessados, além do controle da adição de sal. Portanto, os pacientes

hipertensos também são beneficiados na elaboração do cardápio, uma vez que, os alimentos ultraprocessados ou processados não são ofertados com frequência no cardápio avaliado.

A tabela 2, avaliou a quantidade do valor energético total e a quantidade de macronutrientes ofertados aos pacientes portadores de hipertensão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as recomendações do consumo de carboidrato, proteína, lipídio e do valor energético total para pessoas saudáveis, é de 55 a 75%, equivalente a 275g a 375g, 10 a 15%, equivalente a 50g a 75g, 15 a 30%, equivalente a 33,33g a 66,66g e de 2000kcal, respectivamente. O padrão dietético para os pacientes com hipertensão é baseado nas recomendações gerais para pessoas adultas e saudáveis, acrescentando apenas a redução do consumo de sódio. A análise quantitativa realizada demonstrou que, o quantitativo de carboidrato (399,15g; 71,7%), encontra-se de acordo com a recomendação. Além do mais, o consumo de proteína (104,72g; 18,22%), encontra-se com valores acima do preconizado, uma vez que, o consumo de proteínas é de até 15%. A média do consumo de gorduras totais (52,54g; 9,4%) ofertadas para os pacientes HAS, o qual encontra-se abaixo do recomendado, pois deveria ter um consumo de no mínimo 15% de lipídios.

A tabela 3, determinou a quantidade do VET e assim como também a de macronutrientes ofertados para os pacientes portadores de diabetes. Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, as recomendações do consumo de carboidrato, proteína, lipídio e do valor energético total é: carboidratos entre 45 - 60%, equivalente à 225 - 300g; proteína de 15 - 20%, equivalente a 75 - 100g; lipídios de 20 - 35%, equivalente a 44,44 - 77,77g e 2000kcal. Contudo, através da análise quantitativa realizada, pode-se perceber que o quantitativo de 303,43g de carboidrato, expressado por 63,1%, não se encontra de acordo com a recomendação, visto que, o consumo deveria ser no máximo até 60%. Além do mais, o consumo de 123,74g de proteína, tendo um percentual de 25,76%, encontra-se com valores acima do preconizado, uma vez que, o consumo de proteínas é de até 20%. A média do consumo de gorduras totais ofertadas para os pacientes hipertensos é de 53,18 gramas, equivalente a 11,1%, o qual encontra-se abaixo do recomendado, visto que deveria ter um consumo de no mínimo 20% de lipídios.

Na tabela 4, trata-se sobre o método AQPC e em relação ao consumo de frutas, é possível observar que contém uma grande oferta durante os dias avaliados, correspondente a 100% do cardápio, tendo como consequência um grande aporte nutricional de vitaminas e minerais. Ademais, a oferta de folhosos também obteve um percentual significativo, contemplando 85,7% do cardápio, sendo importante para o aporte de vitaminas, minerais e fibras.

Em relação a monotonia das cores entre as preparações, observou-se que em nenhum dos dias avaliados foi encontrado a repetição de cores, estimulando o consumo alimentar a partir do aspecto visual.

Em contrapartida, pode-se perceber que houve um elevado percentual de alimentos ricos em enxofre sendo ofertados no cardápio, correspondendo a 85,7%. Os alimentos ricos em enxofre são responsáveis pela sensação de desconforto e mal-estar gástrico, portanto, um elevado percentual de ofertas desses alimentos pode ser prejudicial, estando classificado como abaixo do desejado. Sendo ele encontrado em alimentos como a cebola, acelga, milho verde e etc.

Através da análise nutricional, observa-se que o cardápio apresenta baixo valor calórico, uma vez que, foram verificados baixos percentuais de doces, frituras, carnes gordurosas, além de doces e frituras.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que através da análise quantitativa e qualitativa foram encontradas algumas inadequações, onde a média calórica está acima do recomendado, existe uma falta de equilíbrio entre os macronutrientes e a monotonia alimentar, em contrapartida, houve valorização de micronutrientes, de oferta de alimentos que promovem a saúde e que os métodos de cocção favorecem a prevenção de agravos ao bem-estar. Diante dos fatos supracitados, sugere-se dá mais atenção ao planejamento do cardápio semanal, sendo indispensável que os nutricionistas da UAN façam a avaliação qualitativa e quantitativa das preparações com periodicidade, a fim de proporcionar uma alimentação mais adequada as necessidades nutricionais dos pacientes, prevenindo danos à saúde.

REFERÊNCIAS

BALADI, Ricardo. **Fundamentação Teórica: Hipertensão arterial sistêmica – HAS.** UNA-SUS. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Sergio/Complexo_11_Sergio_Hipertensao.pdf. Acesso em 15 fev. 2023.

DIABETES, (*diabetes mellitus*). GOV, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>. Acesso em: 9 fev. 2023.

DIABETES, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros. UNA-SUS. Brasil, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros#:~:text=A%20pesquisa%20mostrou%20que%2C%20no,com%2065%20anos%20ou%20mais>. Acesso em: 15 fev. 2023.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Princípios gerais da orientação nutricional no diabetes mellitus. 2019/2020.

MINISTÉRIO da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2013. 1ª ed., 1ª reimpr., p10. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 4 fev. 2023.

RÍMOLI, Tais. **As quatro leis da alimentação para base da vida e para depois dos 40**. Brasil, 14 abr. 2019. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/dino/as-4-leis-da-alimentacao-para-base-da-vida-e-para-depois-dos-40,715595a44143eec92ecb559107e2d12e2h2b4re5.html>. Acesso em: 4 fev. 2023

Capítulo XIX

A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM EM UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-18

Thanara Pereira e Silva ¹
Cíntia Raquel da Silva Castro ²
Jennyfer Nahary Lima Mendes ³

¹ Assistente social - Especialista em Neurociências - Graduanda em Arquitetura pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Assistente Social - Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

³ Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
E-mail: thanarapereira.silva@gmail.com

RESUMO

A realização de pesquisas sobre a satisfação profissional no espaço de atuação mostrou-se como importante meio para instrumentalizar e estimular ações/intervenções para a melhoria das condições de trabalho. O presente estudo buscou avaliar os níveis de satisfação e insatisfação profissional de assistentes sociais em um hospital de saúde mental em Fortaleza-CE. Utilizou-se questionário abrangendo os componentes da esfera individual e profissional como forma de analisar em maior completude as influências internas e externas da satisfação profissional. Dessa forma, foi possível compreender que a satisfação com o trabalho, além das interações profissionais, fatores estruturais e organizacionais, engloba também aspectos inerentes ao sujeito e seu contexto. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa onde foram aplicados 21 questionários fechados *online* (*google forms*) contendo perguntas tanto de caráter sociodemográfico, como idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, composição familiar, renda, formação e experiência profissional, quanto relacionadas à satisfação profissional em relação ao hospital em geral, às condições de trabalho, aos gestores, à suas atribuições, a autonomia profissional e à qualidade do relacionamento interprofissional. Para a análise dos resultados, os dados coletados foram divididos em quatro temáticas, sendo elas: perfil sociodemográfico e profissional, qualidade de vida e satisfação profissional, relações de trabalho e satisfação salarial, e condições de trabalho. Os fatores de maior insatisfação apresentados pelos profissionais foram: em primeiro lugar, a remuneração, seguido da segurança e logo depois questões relacionadas a equipamentos como telefones, estrutura física e alimentação. Estes fatores evidenciam a necessidade de intervenção do poder público para a melhoria das condições de trabalho. Outro ponto a destacar foi o baixo nível de satisfação com o corpo diretivo do hospital, indicando a necessidade de aprofundamento e maior análise de causas e motivações para a insatisfação da categoria.

Palavras-chave: Satisfação Profissional; Serviço Social; Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

A realização de pesquisas sobre a satisfação profissional no espaço de atuação mostrou-se como importante meio para instrumentalizar e estimular ações/intervenções para a melhoria das condições de trabalho, físicas e subjetivas, e conseqüentemente causar impactos positivos na qualidade do atendimento prestado aos usuários.

A satisfação profissional pode ser entendida, segundo Lino (2004), como sendo influenciada por questões internas e externas ao trabalho e pode ser conceituada como um sentimento positivo em relação ao trabalho que resulta da percepção do trabalhador sobre sua experiência no seu espaço de atuação. Essa avaliação se estabelece a partir das metas e valores que o indivíduo possui em relação a vida. Conforme o autor, os componentes que constroem a satisfação profissional partem de atributos da esfera individual (idade, gênero, tempo de atuação, situação conjugal, nível educacional, distância entre casa e trabalho, significados do trabalho, necessidades familiares etc.), bem como da esfera profissional (características do trabalho, remuneração, normas institucionais, reconhecimento, equidade, níveis de comunicação etc.).

Na saúde mental, Leal et al. (2012) argumenta que um baixo nível de satisfação dos profissionais pode afetar diretamente o relacionamento com os pacientes, interferindo no tratamento ofertado. Em contrapartida, a avaliação positiva sobre o trabalho em seus diversos aspectos (condições de trabalho, relacionamento com os colegas, qualidade do tratamento oferecido, aspectos estruturais, participação e envolvimento nas decisões) representam um importante indicador da qualidade dos serviços.

A partir disso, a presente pesquisa buscou avaliar os níveis de satisfação profissional de assistentes sociais em um hospital de saúde mental em Fortaleza-CE. Utilizou-se questionário abrangendo os componentes da esfera individual e profissional como forma de analisar em maior completude as influências internas e externas (LINO, 2004) da satisfação profissional. Dessa forma, será possível compreender que a satisfação com o trabalho, além das interações profissionais, fatores estruturais e organizacionais, engloba também aspectos inerentes ao sujeito e seu contexto. Buscou-se ainda traçar o perfil sociodemográfico das/os assistentes sociais.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, realizada com assistentes sociais de um hospital componente da rede de atenção terciária em saúde no SUS direcionado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

A coleta de dados foi realizada entre 20/11 e 20/12 de 2022. Foram aplicados 21 questionários fechados *online* (*google forms*) contendo perguntas tanto de caráter sociodemográfico, como idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, composição

familiar, renda, formação e experiência profissional, quanto relacionadas à satisfação profissional em relação ao hospital em geral, às condições de trabalho, aos gestores, à suas atribuições, a autonomia profissional e à qualidade do relacionamento interprofissional. Após os devidos esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa e da preservação de suas identidades, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise dos resultados, os dados coletados foram divididos em quatro temáticas, sendo elas: perfil sociodemográfico e profissional, qualidade de vida e satisfação profissional, relações de trabalho e satisfação salarial, e condições de trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1. Perfil sociodemográfico e profissional das/os assistentes sociais

A equipe de assistentes sociais é composta por 25 profissionais, 24 delas/es com vínculo único, sendo 6 servidores estatutários estaduais, 4 estatutários municipais cedidos para exercício no Estado, 15 profissionais cooperados pela mesma cooperativa, e um com duplo vínculo, estatutário estadual e cooperativa. Os questionários foram distribuídos a todos os profissionais e 21 deles aceitaram participar do estudo.

Entre os/as 21 assistentes sociais que participaram da pesquisa, constatamos que 90,5% são mulheres cis (19 profissionais) e 9,5% são homens cis (2 profissionais). As idades variam entre 25 e 69 anos, onde 30% das/os respondentes possuem entre 50 e 59 anos, 20% entre 60 e 69 anos, 20% entre 30 e 39 anos, ficando o restante das/os profissionais na faixa etária entre 40 e 49 (15%) e 20 e 29 (15%). Em relação ao local onde residem, 87,7% residem na capital fortalezense e 14,3% na região metropolitana.

A maior parte das/os respondentes são casadas/os, sendo 42,9% do total, e residem apenas com o companheiro/a (28,6%), ou com companheiro/a, filhos (28,6%) e outros familiares (19%). A renda da maior parte das/os assistentes sociais gira em torno de 3 salários mínimos (52,4%); 9,5% ganham até 5 salários e 38,1% ganham mais de 5 salários mínimos.

Ao adentrar no perfil formativo dessas/es profissionais, em relação a formação em saúde mental, 57,1% responderam que possuem pós graduação na área de saúde mental, 23,8% possuem residência e 33,3% informaram que não possuem nenhuma formação complementar em saúde mental. Do total de participantes, 61,9% possuem outras experiências profissionais em saúde mental.

3.2. Qualidade de vida e satisfação profissional

A pesquisa demonstrou que, de modo geral, 42,9% das/os profissionais declaram-se insatisfeitas/os com o trabalho, 9,5% estão muito insatisfeitas/os e 38,1% estão satisfeitas/os. Importa ressaltar que a resposta fornecida pelas/os profissionais podem possuir relação com os vínculos e condições de trabalho na qual essas/es profissionais estão submetidas/os. Do total de assistentes sociais, 16 têm seus vínculos baseados na contratação por cooperativas de trabalho, o que reverbera na falta de direitos trabalhistas, na precarização do trabalho e na qualidade de vida dessas/es profissionais.

Sobre o grau de autonomia em relação ao trabalho, 57,1% responderam que estão satisfeitas/os, enquanto 14,3% assinalaram que estão insatisfeitas/os e 19% estão muito insatisfeitas/os. Quando indagadas/os sobre as atribuições não privativas da categoria, mas que são exercidas pelas/os assistentes sociais, a maior parte se declarou insatisfeita/o (42,9%) ou muito insatisfeita/o (23,8%), enquanto 28,2% se consideram satisfeitas com as referidas atribuições. Nesse sentido, é necessário destacar que as atribuições privativas das/os assistentes sociais, previstas no artigo 4º da Lei 8662/93, dizem respeito a funções que somente podem ser exercidas pelo Serviço Social. Quando falamos de competências profissionais (aqui denominada de atribuições não privativas), segundo o artigo 5º da mesma lei, falamos da capacidade das/os assistentes sociais para exercerem determinada função que também podem ser executadas por outras categorias profissionais.

Em relação ao grau de responsabilidade no serviço, as respostas foram bem divididas entre satisfeitas/os (42,9%) e insatisfeitas/os (38,1%). Os muito insatisfeitos somaram 14,3% e os muito satisfeitos foram 4,8% do total. Sobre a satisfação com a atenção dada às suas opiniões, 42,9% sentem-se satisfeitos, 28,6% estão insatisfeitos, 14,3% estão muito insatisfeitos e 14,3% disseram ser indiferentes a essa questão.

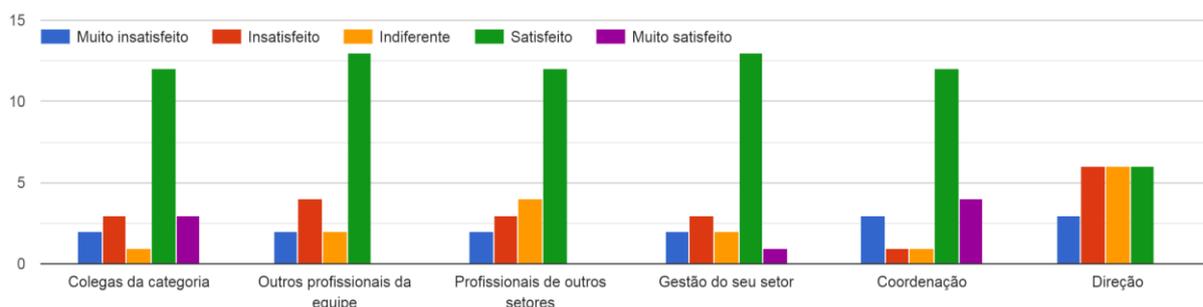
3.3. Relações de trabalho

O primeiro ponto abordado para compreender a satisfação das/os profissionais com suas relações de trabalho, indagou sobre como as/os assistentes sociais se sentem com relação a: colegas de categoria, outros profissionais da equipe, profissionais de outros setores, gestor do seu setor, coordenação e direção.

Abaixo, os gráficos mostram o nível de satisfação (verde) e insatisfação (vermelho) com cada componente mencionado, bem como os níveis referentes a opção de muito satisfeito (roxo), muito insatisfeito (azul) e indiferente (amarelo).

Gráfico 1 - Nível de satisfação com as relações de trabalho

Você se sente satisfeito no seu relacionamento com:



Fonte: Autoria própria

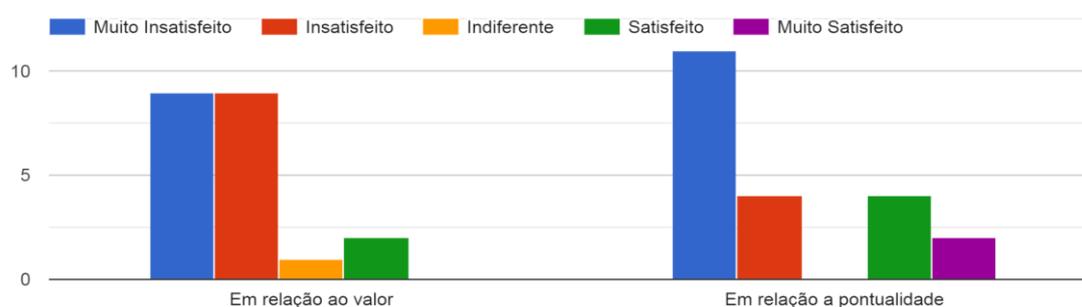
Podemos analisar, de forma geral, que os níveis de satisfação com todos os componentes estão elevados, considerando a comparação com os outros níveis. A exceção aconteceu apenas no nível de satisfação na relação com a Direção, onde percebe-se um empate entre satisfeitos, insatisfeitos e indiferentes.

3.4. Satisfação salarial e condições de trabalho

O nível de satisfação salarial das/os assistentes sociais levou em consideração dois pontos: o valor do salário e a pontualidade do recebimento. A seguir, o gráfico 2 mostra os níveis de satisfação e insatisfação das/os respondentes sobre os referidos pontos:

Gráfico 2 - Satisfação salarial

Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?



Fonte: Autoria própria

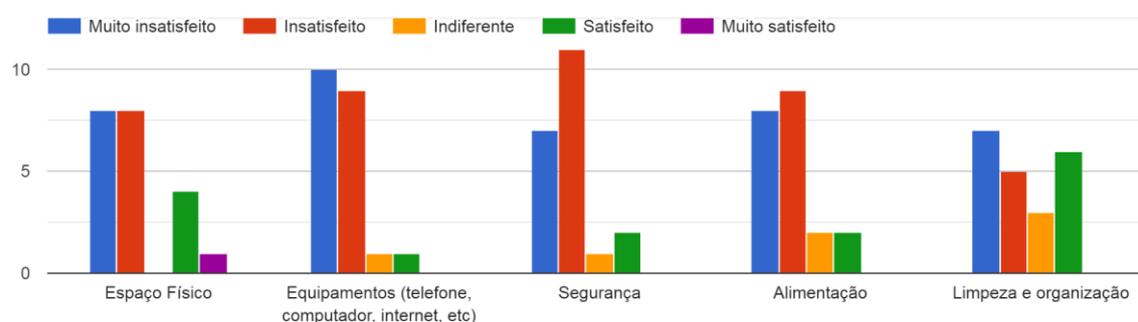
Cabe ressaltar que o alto número de profissionais cooperadas/os pode ter influência direta no direcionamento dos níveis de satisfação e insatisfação. Possíveis ocorrências de

atrasos salariais e os baixos valores pagos pelas cooperativas são fatores importantes que influenciam nesses níveis.

O gráfico 3 demonstra o nível de satisfação com as condições de trabalho e leva em consideração cinco pontos: espaço físico, equipamentos, segurança, alimentação e limpeza/organização. Podemos perceber pelo gráfico um aumento de insatisfação das/os profissionais em relação a questões estruturais e, principalmente, a segurança. O tópico sobre as condições de trabalho foi o que apresentou de forma mais latente a insatisfação das/os assistentes sociais, assim como a insatisfação salarial.

Gráfico 3 - Satisfação com as condições de trabalho

Você se sente satisfeito com as condições de trabalho do HSM?



Fonte: Autoria própria

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo cumpriu satisfatoriamente seus objetivos de analisar a satisfação das/os assistentes sociais com o trabalho e traçar o perfil sociodemográfico de assistentes sociais atuantes em hospital de saúde mental, e os resultados do estudo podem ser utilizados para o desenvolvimento de ações que visem a melhoria das condições de trabalho.

Os fatores de maior insatisfação apresentados pelos profissionais foram: em primeiro lugar, a remuneração, seguido da segurança e logo depois questões relacionadas a equipamentos como telefones, estrutura física e alimentação. Estes fatores evidenciam a necessidade de intervenção do poder público para a melhoria das condições de trabalho. Outro ponto a destacar foi o baixo nível de satisfação com o corpo diretivo do hospital, indicando a necessidade de aprofundamento e maior análise de causas e motivações para a insatisfação da categoria, evitando assim a geração ou agravamento de conflitos intra institucionais e possível redução de qualidade nos atendimentos.

Por fim, entende-se a necessidade no aprofundamento da análise dos dados quantitativos a posteriori através de uma pesquisa qualitativa, buscando compreender melhor os fatores que influenciam diretamente nesses níveis de satisfação e insatisfação profissional.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Lei n.º 8.662, de 7 de Junho de 1993 Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

LEAL, R.M.A.C; BANDEIRA, M.B; AZEVEDO, K.R.N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicol. teor. prat.* [online], 2012, vol.14, n.1, pp. 15-25. ISSN 1516-3687.

LINO, M. M. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidades de terapia intensiva. 2004. 223 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

Capítulo XX

O FENÔMENO DA REINTERNAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A “PORTA GIRATÓRIA” DE UM HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL EM FORTALEZA-CE

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-19

Juliana Cândido Maia de Oliveira ¹

Jennyfer Nahary Lima Mendes ²

José Reinaldo Neto ³

Milena Maciel da Silva ⁴

Meirielle Soares de Menezes ⁵

Cíntia Raquel da Silva Castro ⁶

¹Assistente Social - Especialista em Gestão e Mediação de Conflitos pela Faculdade Batista do Paraná – Hospital Mental Professor Frota Pinto.

²Assistente Social - Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

³Assistente Social - Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

⁴Assistente Social - Especialista em Saúde Mental - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

⁵Assistente Social - Especialista em Cardiopneumologia pela Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

⁶Assistente Social - Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto.

E-mail: julianacandido12@gmail.com

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira gerou mudanças significativas para a Saúde Mental e trouxe um novo reflexo compreensivo na desconstrução da ideia do hospital como um lugar próprio da loucura. Seguindo a Reforma Psiquiátrica, estabeleceu-se as internações psiquiátricas como último recurso, após esgotadas outras possibilidades terapêuticas e recursos extra-hospitalares. Além disso, as internações devem apresentar a menor duração possível, para que o paciente retorne com brevidade ao convívio familiar e comunitário. No entanto, ainda presenciamos uma realidade distinta de tal conceito. Este trabalho tem como objetivo analisar o fenômeno da reinternação frequente dos pacientes em um hospital de saúde mental em Fortaleza-CE, bem como os principais fatores que contribuem para o aumento desse índice. A pesquisa caracteriza-se como sendo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, com um percurso investigativo estruturado a partir do relato de experiência de assistentes sociais que atuam no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Categorizou-se o relato em dois pontos centrais que representam os principais fatores de influência para reinternação contínua de pacientes, baseado nas vivências dos profissionais autores da presente pesquisa: o baixo suporte familiar e as dificuldades encontradas no atendimento da Rede Socioassistencial. A partir do exposto, foi possível identificar que as reinternações psiquiátricas configuram-se como um registro preocupante no que se refere à efetividade e resolutividade da rede de atenção básica e psicossocial, visto que a falta de acompanhamento anterior à internação na RAPS e o suporte familiar/comunitário fortalecido, poderiam evitar as internações frequentes. Conclui-se com o presente estudo que a rede de atenção psicossocial e de atenção básica, assim como as relações familiares, são de suma importância para que se evite as contínuas reinternações. A discussão contribui para a expansão e atualização da temática, visto a escassez do debate nas produções acadêmicas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reinternação; Serviço Social.

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental apresenta-se historicamente como um campo desafiador e na atualidade não é diferente. Mudanças significativas aconteceram com a chegada da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trouxe um novo reflexo compreensivo no campo da saúde mental e a desconstrução da ideia do hospital como um lugar próprio da loucura (BRASIL, 2010). No entanto, muitos são os desafios a serem superados e investigados, como é o caso dos altos índices de reinternações, a famosa "porta giratória", um ciclo repetitivo de sofrimento entre idas e vindas.

Na mesma direção da Reforma Psiquiátrica, a Portaria nº2.391, de 2002, estabelece as internações psiquiátricas como último recurso, após esgotadas de outras possibilidades terapêuticas e recursos extra-hospitalares. Além disso, prevê que as internações apresentem a menor duração possível, para que o paciente retorne com brevidade ao convívio familiar e comunitário. No entanto, ainda presenciamos uma realidade distinta de tal conceito.

A ideia desse relato de experiência surgiu a partir da vivência diária de assistentes sociais que atuam no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), localizado no município de Fortaleza-CE. As múltiplas reinternações de pacientes psiquiátricos na unidade hospitalar supracitada, despertam até hoje um sentimento de inquietação nos profissionais, devido ao ciclo repetitivo. Vários são os fatores relacionados a esse fenômeno e pode-se destacar o baixo suporte familiar e a insuficiência da rede RAPS/CAPS do território (ZANARDO, et al, 2017) como fatores importantes para a reinternação.

Dessa forma, o principal objetivo deste relato de experiência é analisar o fenômeno da reinternação frequente dos pacientes na unidade hospitalar mencionada, bem como os principais fatores que contribuem para o aumento desse índice. Além disso, busca-se referenciar e subsidiar futuras pesquisas sobre a temática, pois uma das principais lacunas durante a realização do presente trabalho foi a escassez de referencial teórico sobre o tema.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, com um percurso investigativo estruturado a partir do relato de experiência de assistentes sociais que atuam no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Optou-se pelo relato de experiência por ser possível, a partir dele, realizar um estudo que descreve ações e vivências, permitindo uma discussão crítica sobre essas ações.

Para a sintetização e organização do relato de experiência, utilizou-se como ferramenta a Sistematização da Experiência (HOLLIDAY, 2007), que propõe a reflexão sobre como e porque ocorrem determinadas ações, realizando uma ordenação, reconstrução e interpretação da experiência. Assim, categorizou-se o relato em dois pontos centrais que representam os principais fatores de influência para reinternação contínua de pacientes, baseado nas vivências dos profissionais autores da presente pesquisa. Diante disso, descreveu-se as percepções dos profissionais a partir de um olhar crítico e do diálogo entre experiência e teoria.

3. RESULTADOS

3.1. Baixo suporte familiar

Um dos grandes desafios enfrentados no processo de desospitalização do paciente é o baixo suporte familiar. Logo que o paciente inicia o seu tratamento em uma das unidades do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), este fica sob responsabilidade da equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêutico, dentre outros. Cada categoria desempenha suas funções de forma específica e privativa com a finalidade de contribuir com o tratamento e recuperação do paciente e conseqüentemente sua alta melhorada.

Deste modo, enfatizando o trabalho dos/as assistentes sociais dentro das unidades de tratamento do HSM, o baixo suporte familiar é um dos grandes desafios enfrentados por esta categoria profissional, pois tais profissionais lidam diretamente com pacientes que, muitas vezes, estão com os vínculos familiares fragilizados ou rompidos, acarretando assim em outras vulnerabilidades sociais além do transtorno psiquiátrico.

Ao realizar os atendimentos com escutas qualificadas aos pacientes e transcender a realidade que lhes são apresentadas a priori, os/as assistentes sociais proporcionam um processo de fortalecimento de vínculos familiares. Através de tele atendimento (ligações de áudio e vídeo) para as famílias dos pacientes, diálogos e sensibilização para o comparecimento às visitas hospitalares, objetiva-se orientar os pacientes e seus respectivos familiares sobre a importância dos vínculos familiares estarem fortalecidos para a recuperação do paciente, bem como evitar outras possíveis reinternações.

Porém, ao realizar esse contato direto com as famílias, os/as assistentes sociais se deparam com uma realidade complexa, permeada por diversas expressões da questão social, onde as famílias dos pacientes psiquiátricos relatam inúmeras situações que fragilizam os

vínculos familiares, como a dificuldade de adesão do paciente ao tratamento; recaídas devido o uso de substâncias psicoativas e o adoecimento por parte dos familiares (cuidadores).

De acordo com Baptista e Oliveira (2004) o suporte familiar é entendido como à atenção, o carinho, a liberdade, o diálogo, afeto, autonomia e independência. Tais aspectos são diferenciados a partir da estrutura de cada família, envolvendo características físicas e psicológicas. Assim, cabe aqui mencionar também a realidade dos pacientes cujo os vínculos familiares foram completamente rompidos. Dentre eles podemos caracterizar: pacientes que estão em situação de rua e pacientes institucionalizados (que se encontram em condição de longa permanência ou como moradores do hospital).

Percebemos, assim, a existência do fenômeno da famosa “porta giratória” que segundo Ramos, Guimarães e Enders (2011) é algo que ocorre com bastante frequência nos equipamentos da rede de saúde. Esse conceito nada mais é do que o termo utilizado para definir o paciente admitido e readmitido com certa frequência nos hospitais psiquiátricos. Deste modo, podemos afirmar que a porta giratória é algo vivenciado diariamente no Hospital de Saúde Mental de Messejana como uma consequência do baixo suporte familiar e dos vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos.

Ademais, no próximo tópico abordaremos outro fator contribuinte para as reinternações psiquiátricas que é o baixo suporte/fragilização da rede socioterritorial.

3.2. Rede Socioterritorial

O município de Fortaleza conta com 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Destes, 06 são CAPS Gerais, que atendem pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais severos e persistentes; 07 são CAPS Álcool e Drogas (CAPS-AD), para atendimento às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas; 02 são CAPS especializados no atendimento à saúde mental, incluindo dependência química, voltado ao público infanto-juvenil (CAPSi)⁸.

Entre outros equipamentos que fazem parte da Política de Saúde Mental, estão em funcionamento 04 Unidades de Acolhimento (UA), que são residências de caráter provisório para pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar ocasionadas pelo uso problemático de álcool e outras drogas; de 02 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que

⁸Dados retirados do site Canal Saúde, da Prefeitura de Fortaleza – CE.

são residências para pessoas com transtornos mentais graves e egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos; de 01 hospital infantil com leitos para internação; leitos para internação em um hospital clínico; e do Serviço Hospitalar de Referência de Álcool e outras Drogas (SHR AD).

O referido município conta, ainda, com dois hospitais psiquiátricos filantrópicos, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e um hospital psiquiátrico terciário componente da estrutura da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), com atendimento de urgência e emergência, porta aberta para a população de todo o Estado do Ceará.

Após esse breve relato sobre os serviços públicos de saúde mental, pode-se observar que na capital cearense coexistem dois modelos de assistência em saúde mental que, de acordo com Salles e Barros (2007), por um lado tem-se o modelo exclusivo e manicomial que acontece dentro do hospital psiquiátrico, por outro, apresenta-se o modelo psicossocial, inclusivo, que ocorre na comunidade através dos equipamentos substitutivos do manicômio.

A Lei nº 10.216/2001 determina que o tratamento seja ofertado, preferencialmente, na comunidade, bem como estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades – voluntária, involuntária ou compulsória – deve ser uma medida extrema, somente indicada quando os recursos extra hospitalares tiverem sido esgotados. Contudo, tem-se observado, na nossa prática diária, uma grande procura por leitos de internação em hospital psiquiátrico e em Comunidades Terapêuticas (CT), o que nos leva a refletir sobre a efetividade da RAPS do município em questão.

A partir disso, a experiência aqui relatada, identificou que, muitas vezes, relata-se a falta de efetividade da RAPS, culminando em uma maior procura por internações. Para os/as assistentes sociais, as entrevistas e a escuta qualificada constituem instrumentos de trabalho fundamentais, os quais são utilizados pelo coletivo de profissionais. Em nosso cotidiano de trabalho, ouvimos com muita frequência relatos de pacientes e/ou familiares/cuidadores, informando que nos CAPSs faltam médicos para atendê-los; que as consultas têm intervalo de tempo muito longo entre uma e outra; que falta medicação na rede ou que o profissional do posto de saúde não quer mais renovar a receita para recebimento da mesma, bem como que o paciente se recusou a ir à consulta e fazer uso da medicação.

Tais relatos deixam transparecer a construção de uma narrativa que busca justificar/legitimar a frequente procura pela internação psiquiátrica, o que reforça os indícios do fenômeno “porta giratória”, corroborando com as literaturas supracitadas as quais constata a cultura manicomial presente na fala e no comportamento de seus respectivos

entrevistados, ao mesmo tempo em que concordam com o fortalecimento da RAPS, das práticas intersetoriais e do apoio social como formas de evitar/diminuir as reinternações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente relato de experiência, foi possível identificar que as reinternações psiquiátricas configuram-se como um registro preocupante no que se refere à efetividade e resolutividade da rede de atenção básica e psicossocial, visto que a falta de acompanhamento anterior à internação na RAPS e o suporte familiar/comunitário fortalecido, poderiam evitar as internações frequentes.

O vínculo com serviços da rede é essencial para detectar necessidades de cuidados em saúde mental e oferecer a atenção adequada, sem necessariamente ensejar uma internação. Assim, esse também é o papel do hospital, funcionando como articulador da rede para realizar a ponte com os demais serviços e garantir ao paciente a continuidade do tratamento no território nos pós alta. Analisar tal problemática torna-se pertinente e relevante para a compreensão e intervenção junto à realidade em que os sujeitos estão inseridos e contribuir para o entendimento da saúde mental no Brasil. Destarte, com o estudo, espera-se contribuir para a compreensão do fenômeno da reinternação, assim como para o fortalecimento da prática profissional e da rede de atenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Regimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regimento_interno_conferencia_02_03.pdf>. Acesso em: 02.04.2023.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2001. Seção 1, p. 45. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> acesso dia 07 de abril 2023.

BAPTISTA, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2004.

HOLLIDAY, O, J. Sistematização de experiências: aprender a dialogar com os processos. Rio de Janeiro, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Canal Saúde. Disponível em: <<https://saude.fortaleza.ce.gov.br/saude-mental>> acesso dia 07 de abril de 2023.

Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em <[Ministério da Saúde Gabinete do Ministro \(mpsp.mp.br\)](http://Ministério da Saúde Gabinete do Ministro (mpsp.mp.br))> acesso em 02.04.2023.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, p. 519-527, 2011.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, p. 73-81, 2007.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 460-474, 2017

Capítulo XXI

AVALIAÇÃO DO RESTO INGESTA EM UM SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR LOCALIZADA EM FORTALEZA-CE: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-20

Isabela Sampaio Macedo¹
Antônia Alzira Alves Barboza¹
Isabel Martins Freire²
Wayne Silva Oliveira²
Vitória Hellen Lima Mendes²

¹ Nutricionista – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

² Técnicos em Nutrição e Dietética – Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto

E-mail: isampaio17@hotmail.com

RESUMO

As Unidades de Alimentação e Nutrição tem como objetivo oferecer a sua clientela uma alimentação adequada em qualidade e quantidade e que atenda às necessidades nutricionais dos indivíduos, agindo como coadjuvante no tratamento e promovendo a prevenção de diversas doenças. Além de prestar assistência nutricional e contribuir para a segurança alimentar e nutricional dos mesmos. São utilizados indicadores de qualidade para avaliar a aceitabilidade da refeição ofertada nessas unidades, sendo o resto-ingesta um desses indicadores mais eficazes, pois vai determinar a quantidade de alimento desperdiçada pelo comensal bem como uma relação com o cardápio oferecido na UAN expressa em percentuais. O objetivo deste trabalho foi avaliar o resto-ingesta em uma Unidade de Alimentação e Nutrição localizada em um hospital da rede pública de Fortaleza/CE. A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho a dezembro de 2022, de segunda à sexta-feira no horário em que são produzidas as maiores refeições, durante o almoço, onde são fornecidas 207 refeições diárias, analisadas através da média em planilhas no Excel® (2010). A média de resto-ingesta foi de 3,82%. Os resultados mostraram que o índice de resto-ingesta se encontra no percentual aceitável conforme os indicadores estabelecidos na unidade. Medidas como campanhas educacionais devem ser direcionadas aos comensais para a minimização do desperdício.

Palavras-chave: Desperdício de alimentos; Resto-ingesta; Unidade de Alimentação e Nutrição.

1. INTRODUÇÃO

As Unidades de Alimentação e Nutrição tem como objetivo oferecer a sua clientela uma alimentação adequada em qualidade e quantidade e que atenda às necessidades nutricionais dos indivíduos, agindo como coadjuvante no tratamento e promovendo a prevenção de diversas doenças. Além de prestar assistência nutricional e contribuir para a segurança alimentar e nutricional dos mesmos.

As sobras e o resto ingesta estão relacionados com o desperdício gerado em uma Unidade de Alimentação e Nutrição. Os alimentos que restam nas cubas do balcão de distribuição após o término das refeições e que não devem ser reaproveitados são

denominados de sobras sujas; e aquele alimento que foi preparado, mas não distribuído, deve permanecer sob refrigeração e monitoramento constantes de tempo e temperatura, que são chamados de sobras limpas. O resto ingesta são alimentos servidos e não consumidos (sobras nos pratos e bandejas) na qual são pesados para controle de indicadores. (SCOTTON et al., 2010).

Para Augustini et al. (2008), os registros das quantidades de sobras são essenciais, pois servem como subsídios para implantar medidas de redução de desperdícios e otimização, que visam melhorar a qualidade do sistema de alimentação, a fim de suprir as necessidades daquele grupo de consumidores. Também tem a serventia de destacar a quantidade de alimentos requisitados diariamente, para mensurar possíveis perdas. (MULLER, 2008).

São utilizados indicadores de qualidade para avaliar a aceitabilidade da refeição ofertada nessas unidades, sendo o resto-ingesta um desses indicadores mais eficazes, pois vai determinar a quantidade de alimento desperdiçada pelo comensal bem como uma relação com o cardápio oferecido na UAN expressa em percentuais.

O percentual de resto ingesta é um indicador de desperdício que determina a qualidade da alimentação ofertada em uma Unidade de Alimentação e Nutrição e a falta de integração com os comensais. (CANONICO, PAGAMUNICI, RUIZ, 2014).

Fatores que podem influenciar a aceitação dos alimentos ofertados, e conseqüentemente o desperdício são, mau planejamento de cardápios, de forma que não seja compatível com o público, preferências alimentares, atuação dos funcionários da Unidade, a quantidade produzida e servida, administração, mal armazenamento de produções, ausência de indicadores de qualidade e clima. (CANONICO, PAGAMUNICI, RUIZ, 2014).

O percentual de sobras varia muito de um local para o outro. O trabalho para que o desperdício seja diminuído deve ser baseado em valores coletados no próprio estabelecimento (MOURA; HONAISSER; BOLOGNINI, 2010).

O objetivo deste trabalho foi avaliar o resto-ingesta em uma Unidade de Alimentação e Nutrição localizada em um hospital da rede pública de Fortaleza/CE.

2. METODOLOGIA

Este estudo possui uma abordagem quantitativa de natureza descritiva, foi realizado em uma UAN hospitalar de autogestão em Fortaleza/CE, composta por 27 colaboradores, a qual fornece de segunda à sexta uma média de 207 refeições no almoço distribuído em balcões térmicos para os funcionários.

A coleta de dados foi realizada durante a maior refeição do dia, o almoço (entre os meses de julho a dezembro de 2022, totalizando 06 meses de coleta).

Em relação ao padrão do cardápio, o mesmo possui padrão médio, composto por um prato proteico, uma opção de salada, acompanhamento (arroz e feijão) e uma sobremesa que varia entre frutas e doces e são porcionados pelos colaboradores.

Foi utilizada uma balança digital da marca Welmy com capacidade de 300 kg para pesagem. Os dados foram tabulados em planilhas no Excel® (2010) e analisados através de tabelas. Para obter os dados foram usadas fórmulas conforme (VAZ, 2006), conforme consta na tabela 1.

Tabela 1 - Fórmulas utilizadas para base de cálculo

FÓRMULAS	
1. Peso médio do Prato	Média calculada em planilhas no Excel® (2010) através do peso do prato do funcionário
2. Peso da refeição distribuída no mês (Kg):	Nº de comensais x Peso médio do prato / 1000
3. Resto-ingesta (g):	Peso dos alimentos que foram rejeitados – peso dos cestos de lixo
4. Peso da refeição rejeitada no mês (Kg):	Soma do resto-ingesta do mês / 1000
5. % Resto-ingesta:	Peso da refeição rejeitada no mês/ Peso da refeição distribuída no mês x 100
6. Resto-ingesta por pessoa:	Peso do resto-ingesta / nº de refeições
7. Número de pessoas que poderiam ser alimentadas com o resto:	Resto-ingesta / média de consumo de alimento por refeição

Após o cálculo das variáveis acima citadas, pôde-se fazer uma avaliação do resto-ingesta na Unidade de Alimentação e Nutrição estudada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A taxa de desperdício de alimentos no Brasil é considerada alta, apesar de pouco ser discutido sobre a quantidade de resíduos que são gerados, e haver uma escassa consciência social de que estes alimentos poderiam ser aproveitados; (SANTOS et al., 2006).

A partir dos dados coletados, pode-se constatar que houve um desperdício relacionado ao resto-ingesta de 3,82%, a média de refeições servidas é de 207, onde a média de prato

calculada através do peso das refeições dos comensais foi de 552g, sendo 16,47g por funcionário, que daria para alimentar 06 pessoas nesse período de coleta correspondente de julho a dezembro de 2022.

Diante disto, é possível avaliar que a UAN se encontra dentro do percentual de resto-ingesta aceitável, de acordo com Vaz (2006), que ressalta os valores de referência de 2 a 5% da quantidade servida e de acordo com o indicador estabelecido na unidade, o resultado mostrou-se aceitável, onde a meta estipulada é <4,5%.

Por meio da pesagem do resto-ingesta é possível avaliar diariamente o desperdício da UAN, podendo então reavaliar o planejamento da produção e relacionar com os serviços e seus planejamentos.

As tabelas 2 a 7 abaixo indicam o número de comensais, quantitativo de resto-ingesta, resto-ingesta por pessoa e o número de pessoas que poderiam ser alimentadas, descritos por mês, e todos os cálculos foram obtidos através de fórmulas e média no Excel.

Tabela 2 – Análise de Resto-ingesta Julho/2022:

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício (g)	Funcionários que daria para alimentar
01/07/2022	202	950	4,70	2
04/07/2022	225	4400	19,56	8
05/07/2022	216	5250	24,31	10
06/07/2022	225	4400	19,56	8
07/07/2022	191	4850	25,39	9
08/07/2022	182	2900	15,93	6
11/07/2022	207	6400	30,92	12
12/07/2022	226	4950	21,90	9
13/07/2022	213	4650	21,83	9
14/07/2022	211	4750	22,51	9
15/07/2022	206	3250	15,78	6
18/07/2022	190	5300	27,89	10
19/07/2022	197	4965	25,20	9
20/07/2022	196	4500	22,96	9
21/07/2022	209	3200	15,31	6

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício (g)	Funcionários que daria para alimentar
22/07/2022	193	4050	20,98	8
25/07/2022	201	5600	27,86	11
26/07/2022	196	3200	16,33	6
27/07/2022	200	4100	20,50	8
28/07/2022	185	2920	15,78	6
29/07/2022	180	4250	23,61	8
Peso da Refeição Rejeitada no Mês			88,84	
Peso da Refeição Distribuída no Mês			2.346,55	
Resto Ingesta no Mês			3,79%	

Fonte: Autoria Própria

Tabela 3 – Análise de Resto-ingesta Agosto/2022:

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício (g)	Funcionários que daria para alimentar
01/08/2022	190	950	5,00	2
02/08/2022	215	4300	20,00	8
03/08/2022	205	2100	10,24	4
04/08/2022	212	3225	15,21	6
05/08/2022	202	3000	14,85	6
08/08/2022	212	3750	17,69	7
09/08/2022	227	4000	17,62	8
10/08/2022	234	5200	22,22	10
11/08/2022	197	7000	35,53	13
12/08/2022	188	4250	22,61	8
16/08/2022	209	6350	30,38	12
17/08/2022	219	6000	27,40	11
18/08/2022	217	3150	14,52	6
19/08/2022	209	7200	34,45	13

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício (g)	Funcionários que daria para alimentar
22/08/2022	219	5850	26,71	11
23/08/2022	229	8520	37,21	16
24/08/2022	213	6500	30,52	12
25/08/2022	209	12600	60,29	23
26/08/2022	232	7900	34,05	15
29/08/2022	206	5800	28,16	11
30/08/2022	203	6350	31,28	12
31/08/2022	234	4700	20,09	9
Peso da Refeição Rejeitada no Mês			118,69	
Peso da Refeição Distribuída no Mês			2.583,91	
Resto Ingesta no Mês			4,59%	

Fonte: Autoria Própria

Tabela 4 – Análise de Resto-ingesta Setembro/2022:

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício (g)	Funcionários que daria para alimentar
01/09/2022	219	5200	23,74	10
02/09/2022	169	6400	37,87	12
05/09/2022	196	7720	39,39	14
06/09/2022	240	5755	23,98	11
08/09/2022	259	2270	8,76	5
09/09/2022	199	3150	15,83	6
12/09/2022	222	7100	31,98	13
13/09/2022	203	5850	28,82	11
14/09/2022	234	4800	20,51	9
15/09/2022	231	3120	13,51	6
16/09/2022	200	2540	12,70	5
19/09/2022	213	4850	22,77	9
20/09/2022	242	6400	26,45	12
21/09/2022	230	4000	17,39	8
22/09/2022	228	6450	28,29	12
23/09/2022	204	4550	22,30	9

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício (g)	Funcionários que daria para alimentar
26/09/2022	217	5060	23,32	10
27/09/2022	238	4500	18,91	9
28/09/2022	232	3600	15,52	7
29/09/2022	233	2500	10,73	5
30/09/2022	172	6800	39,53	13
Peso da Refeição Rejeitada no Mês			102,62	
Peso da Refeição Distribuída no Mês			2528,71	
Resto Ingesta no Mês			4,06%	

Fonte: Autoria Própria

Tabela 5 – Análise de Resto-ingesta Outubro/2022:

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício (g)	Funcionários que daria para alimentar
03/10/2022	221	3950	17,87	8
04/10/2022	233	3200	13,73	6
05/10/2022	229	5950	25,98	11
06/10/2022	234	4900	20,94	9
07/10/2022	219	6150	28,08	12
10/10/2022	222	4550	20,50	9
11/10/2022	228	3500	15,35	7
13/10/2022	218	3400	15,60	7
14/10/2022	247	2160	8,74	4
17/10/2022	208	5700	27,40	11
18/10/2022	248	4550	18,35	9
19/10/2022	191	2400	12,57	5
20/10/2022	219	3300	15,07	6
21/10/2022	208	2600	12,50	5
24/10/2022	110	3620	32,91	7

25/10/2022	191	4000	20,94	8
26/10/2022	196	2300	11,73	5
27/10/2022	100	2500	25,00	5
28/10/2022	110	4200	38,18	8
31/10/2022	80	1,5	0,02	0,00
Peso da Refeição Rejeitada no Mês			72,93	
Peso da Refeição Distribuída no Mês			2159,42	
Resto Ingesta no Mês			3,38%	

Fonte: Autoria Própria

Tabela 6 – Análise de Resto-ingesta Novembro/2022:

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício	Funcionários que daria para alimentar
01/11/2022	86	2100	24,42	4
03/11/2022	82	1550	18,90	3
04/11/2022	110	1350	12,27	3
07/11/2022	110	1240	11,27	3
08/11/2022	110	1350	12,27	3
09/11/2022	110	1120	10,18	3
10/11/2022	110	1600	14,55	3
11/11/2022	110	1438	13,07	3
14/11/2022	110	1265	11,50	3
16/11/2022	110	1300	11,82	3
17/11/2022	110	2520	22,91	5
18/11/2022	110	2100	19,09	4
21/11/2022	105	1650	15,71	3
22/11/2022	79	2100	26,58	4
23/11/2022	96	2250	23,44	4
24/11/2022	67	2000	29,85	4

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício	Funcionários que daria para alimentar
25/11/2022	71	1860	26,20	4
28/11/2022	81	1500	18,52	3
29/11/2022	89	2500	28,09	5
30/11/2022	91	3400	37,36	7
Peso da Refeição Rejeitada no Mês			36,19	
Peso da Refeição Distribuída no Mês			1074,74	
Resto Ingesta no Mês			3,37%	

Fonte: Autoria Própria

Tabela 7 – Análise de Resto-ingesta Dezembro/2022

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício	Funcionários que daria para alimentar
01/12/2022	96	4500	46,88	9
02/12/2022	79	3250	41,14	6
05/12/2022	104	2150	20,67	4
06/12/2022	101	2450	24,26	5
07/12/2022	106	1750	16,51	4
08/12/2022	101	1630	16,14	3
09/12/2022	103	1250	12,14	3
12/12/2022	180	4550	25,28	9
13/12/2022	199	4040	20,30	8
14/12/2022	189	2800	14,81	6
15/12/2022	186	2950	15,86	6
16/12/2022	175	1365	7,80	3
19/12/2022	168	3500	20,83	7
20/12/2022	172	2400	13,95	5
21/12/2022	185	3200	17,30	6
22/12/2022	210	3100	14,76	6
23/12/2022	180	2500	13,89	5
26/12/2022	187	2700	14,44	5
27/12/2022	180	3100	17,22	6
28/12/2022	183	3800	20,77	7

DATA:	Nº de comensais (g)	Resto-ingesta (g)	Peso per capita do desperdício	Funcionários que daria para alimentar
29/12/2022	188	9400	50,00	18
30/12/2022	159	6450	40,57	12
Peso da Refeição Rejeitada no Mês			72,84	
Peso da Refeição Distribuída no Mês			1893,91	
Resto Ingesta no Mês			3,84%	

Fonte: Autoria Própria

Segundo - Abreu (2011) o desperdício diário não deve ser levado em consideração apenas pelo ponto de vista econômico, com o objetivo de reduzir custos, mas também avaliando a forma como este alimento está sendo servido, bem como o porcionamento do prato, as preferências e as necessidades dos comensais em geral, de modo que se a preparação for bem elaborada, havendo um bom planejamento do cardápio, os níveis de desperdício devem ser próximos à zero.

Para Vaz (2006), os restos de alimentos são indicativos de desperdício em um restaurante, no qual o alimento foi servido, porém não foi consumido, sendo assim fazer campanhas educacionais direcionadas aos comensais auxiliam a controlar o resto-ingesta e diminuir o desperdício. O referido autor ainda cita que o tamanho do prato ou a quantidade e/ou tamanho das vasilhas utilizadas pode induzir os clientes a se servirem de uma quantidade maior que a possibilidade de consumo e, conseqüentemente, gerar maior quantidade de restos.

Scotton et al. (2010) realizaram um estudo em Dois Vizinhos-PR com o objetivo de comparar o desperdício de alimentos antes e depois da intervenção com educação nutricional durante 25 dias e observou redução de 14,12% do desperdício total da UAN, sendo que o resto-ingestão foi reduzido de 10,20% para 7,91% no final da intervenção.

Além da falta de conscientização dos clientes que não se comprometem com a redução do desperdício, outros fatores podem interferir no rejeito alimentar como a qualidade da preparação, temperatura do alimento servido, apetite do cliente, utensílios de servir inadequados ou pratos grandes que podem levar os clientes a se servirem de quantidades que não vão consumir, falta de opção de porções menores, entre outras (AUGUSTINI et al, 2008).

Medidas como campanhas educacionais imediatas devem ser direcionadas aos comensais para a minimização do desperdício e para que controlem seus restos e os conscientizem de que eles fazem parte do processo de redução da Unidade de Alimentação e

Nutrição. Alimentos com características organolépticas desejáveis e a aplicação da pesquisa de satisfação são medidas que podem ajudar na redução de restos.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se com os resultados deste trabalho que o índice de resto-ingesta se encontra no percentual aceitável, enfatizando assim, a necessidade de continuidade de campanhas de conscientização por um período maior para diminuir ainda mais o desperdício de alimentos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Edeli Simoni de; SPINELLI, Mônica Glória Neumann; PINTO, Ana Maria de Souza. Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer. 4. ed. São Paulo: MethaLtda, 2011.

AUGUSTINI, V. C. et al. Avaliação do índice de resto-ingesta e sobras em uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de uma empresa metalúrgica na cidade de Piracicaba/SP. Revista Simbio-Logias, v. 1, n. 1, p. 99-110, 2008.

CANONICO, F. S.; PAGAMUNICI, L. M.; RUIZ; S. P. Avaliação de sobras e resto-ingesta de um restaurante popular do município de Maringá-PR. Revista UNINGÁ Review, v. 19, n. 2, p. 05-08, 2014.

MOURA, Priscilla N. de; HONAISSER, Adriana; BOLOGNINI, Marcella C. M. Avaliação do índice de resto ingestão e sobras em unidade de alimentação e nutrição (U.A.N.) do Colégio Agrícola de Guarapuava (PR). Revista Salus-Guarapuava, Paraná, 2010.

MULLER, P. C. Avaliação de desperdício de alimentos na distribuição do almoço servido para funcionários de hospital público de Porto Alegre – RS. 2008. 33 f. Monografia. (Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição) - Faculdade de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

SANTOS, C. M. M.; SIMÕES, S. J. C.; MARTENS, I. S. H. O Gerenciamento de Resíduos Sólidos no Curso Superior de Tecnologia em Gastronomia. Revista Nutrição em Pauta, São Paulo, p. 44-49, mar./abr. 2006.

SCOTTON, V. et al. Desperdício de Alimentos em Unidades de Alimentação e Nutrição: a contribuição do resto-ingestão e da sobra. Revista Higiene Alimentar, v. 24, n. 186/187, p. 19-24, 2010.

VAZ, C.S. Restaurantes – controlando custos e aumentando lucros. Brasília, 2006, 196p.

Capítulo XXII

O PAPEL DOS INDICADORES EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO CEARÁ

DOI: 10.51859/ampla.smo577.1123-21

José Azevedo Barrozo de Souza ¹

¹ Assessor técnico na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - Bacharel em Sistemas de Informação Centro Universitário Estácio do Ceará
E-mail: azevedojabs@gmail.com .

RESUMO

Indicadores são informações que permitem descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar de maneira sistemática aspectos de uma realidade e que atendem às necessidades dos tomadores de decisões, os indicadores são ferramentas indispensáveis para uma gestão voltada para o resultado, desta forma sua implementação na saúde mental é de extrema necessidade uma vez que o resultado pode ser a qualidade do serviço prestado à sociedade. Na busca incessante por qualidade e bons resultados os indicadores se colocam como um aliado. Às boas práticas utilizadas na saúde e com isso passam a avaliar o desempenho dos setores em busca de resultados para uma melhoria das ações internas, bem como apresenta um reflexo da situação atual da unidade. Neste estudo iremos falar do papel dos indicadores na saúde e tendo como Objetivo Geral: Demonstrar a importância dos indicadores para uma melhor gestão na saúde mental. O processo é contínuo e precisa de constantes atualizações em suas metas uma vez que estas têm o papel fundamental de serem alcançadas para o objetivo ser atingido. A partir dos resultados apresentados, as decisões tomadas visam uma maior assertividade fazendo com que o objetivo tenha êxito, desta forma os resultados são acompanhados mensalmente e as metas podem ser avaliadas em períodos de pequeno, médio ou a longo prazo. As proteções em termos de segurança com estas informações devem ser utilizadas para garantir os princípios essenciais da segurança da informação (Confidencialidade, Integridade, Autenticação e Disponibilidade) temos uma proteção maior com as informações ao serem compartilhadas de forma mais segura tanto com outros setores ou até mesmo com outras fontes que se fazem necessário. Os indicadores nos apresentam uma visão macro de como esta determinada situação e a partir desses índices podemos traçar medidas que gerem impacto e controle.

Palavras-chave: Indicadores; Saúde Mental; Resultado; Qualidade.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. (PENSESUS, 2022)

Historicamente, os tratamentos psiquiátricos atuavam no controle do comportamento das pessoas com transtornos mentais, retirando-as do convívio familiar e comunitário, com internações de longa permanência em manicômios, sanatórios e hospitais psiquiátricos. (MPCE, 2022). Esse modelo de tratamento, além de retirar direitos de cidadania, produzia mais doenças e não promovia saúde. Nesse contexto construiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, cujo marco

jurídico é a Lei Nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Após um ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% tendo os jovens e as mulheres como os mais atingidos, a partir destes crescentes números de casos divulgados pela Organização Pan-Americana da Saúde. (2022) somos convidados a entender o que está acontecendo de fato com a saúde mental de modo geral e qual o papel dos indicadores como elemento capaz de apresentar com clareza o desempenho de vários processos durante um período e a partir do qual é possível criar ações continuadas para o aperfeiçoamento dos resultados através do atingimento das metas.

Os indicadores assistenciais são como sinalizadores que oferecem informações importantes sobre o desempenho do sistema de saúde aos gestores que por sua vez utilizam os dados levantados para as tomadas de decisões, a partir desse levantamento de dados se torna possível a criação de novos indicadores que iram melhorar o desempenho da instituição sobre aquele aspecto citado.

A partir dos dados mensais recebidos acontece uma reunião em conjunto com a equipe de enfermagem e a direção da unidade hospitalar para que possam ser analisados e debatidos, para os indicadores que não atingiram suas metas realizamos debates em busca de soluções e novas abordagens para o alinhamento do indicador com a realidade do momento, ou até mesmo traçar novas estratégias que possam fazer com que a equipe possa entender o que de fato aconteceu, algo que possa ter levado ao resultado obtido e juntos montar uma lista com as possíveis causas que tenham comprometido o desempenho daquele período fazendo com que toda a equipe tenha o mesmo pensamento e com novas estratégias seja possível identificar novos pontos de atenção. Feito isso, há uma grande possibilidade de que as próximas metas obtenham o desempenho esperado. Toda a estratégia é colocada na busca de atingir um resultado específico, em que muitas vezes é obtido com as dificuldades que são encontradas fazendo com que estas possam ser mitigadas, proporcionando uma melhoria contínua nos processos, refletindo no cuidado com o paciente.

Assim, considerando a relevância dos indicadores numa unidade hospitalar e compreendendo a importância de atentar para questões que envolvem a saúde mental da população, este artigo objetiva apresentar uma proposta de implantação de indicadores em um hospital de referência em saúde mental no Estado do Ceará.

Tal proposta traz consigo a implantação de planilhas com indicadores assistenciais nas unidades de internação de um hospital e tem por finalidade permitir a medição da qualidade

do cuidado com os pacientes, além de gerar dados sobre todos os processos desempenhados em loco e a partir destes montar um apanhado de situações onde irá ser avaliado com base nas metas atingidas de acordo com o plano de gestão desenvolvido pelo gestor da unidade, não podemos deixar de falar que estes resultados serão discutidos em reuniões e serviram de base para apoiar a direção nas tomadas de decisões de forma estratégica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que apresenta um instrumento de medidas de indicadores.

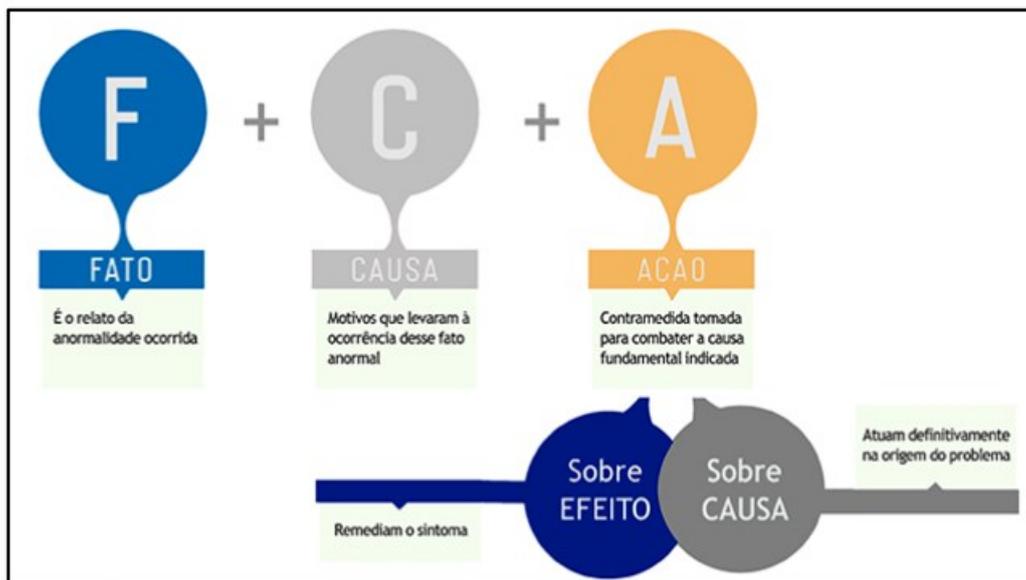
O trabalho foi desenvolvido nas unidades de internação do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto situado em Fortaleza no Estado do Ceará no período de janeiro de 2020. Este projeto foi idealizado pela coordenação do escritório de qualidade, setor que presta assessoria à direção do hospital. Como ferramenta para desenvolvê-lo, utilizou um programa gratuito de planilhas eletrônicas que tem como objetivo auxiliar na elaboração de gráficos de acordo com os dados presentes na planilha, que de uma forma geral atende a todos os setores desta unidade com uma boa interface e fácil interação com o usuário. Na (figura 1) temos o instrumento de coleta de dados que foi desenvolvido e nele podemos inserir a descrição, fonte de dados, fórmula de cálculo, periodicidade, unidade de medida, polaridade e responsável pelo preenchimento, no campo de resultado o responsável preenche o numerador e denominador mensalmente e o resultado é calculado automaticamente mostrando em seguida se a meta foi atingida.

Figura 1 – Instrumento de Coleta de Dados.

FICHA DE COLETA DE INDICADORES												
PERSPECTIVA: TECNOLOGIA E PROCESSOS												
OBJETIVO ESTRATÉGICO RELACIONADO: P1 - Tornar o processo de atendimento mais acessível, rápido, resolutivo e humanizado												
INDICADOR: P1 - IND 1 - Tempo Médio de Permanência												
DESCRIÇÃO:												
FONTE DE DADOS:												
FÓRMULA:												
PERIODICIDADE:												
UNIDADE DE MEDIDA:												
POLARIDADE:												
RESPONSÁVEL:												
META: 25												
METAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
RESULTADOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Numerador												
Denominador												
RESULTADO	#DIV/0!											
% DE ATINGIMENTO	#DIV/0!											
% DE ATINGIMENTO NO ANO	#DIV/0!											
Parâmetro para análise FCA: <75% ou >105%												

O método FCA tem como base identificar a causa raiz do problema para que ela não seja recorrente, auxiliar o gestor na tomada de decisão e por ser uma metodologia fácil de ser aplicada, permite que ações corretivas sejam planejadas para que o problema seja eliminado de forma sistemática ajudando a melhorar a qualidade dos processos, economizando esforço e recursos (figura 2). Com tudo o que foi dito, podemos dizer que essa metodologia é um facilitador para o gestor na solução de problemas e que pode ser utilizada em qualquer parte do processo.

Figura 2 - Metodologia do Método FCA.



Abaixo temos a matriz FCA que é disponibilizada para cada indicador e onde serão inseridos mensalmente os fatos, as causas e as ações pertinentes para cada ocorrência que possa comprometer o resultado esperado daquele indicador para aquele mês, bem como o responsável, o prazo de execução e a situação atual do indicador para o mês. Caso a ocorrência precise ser realizada em etapas temos logo abaixo na mesma matriz FCA os campos destinados para estes casos (figura 3).

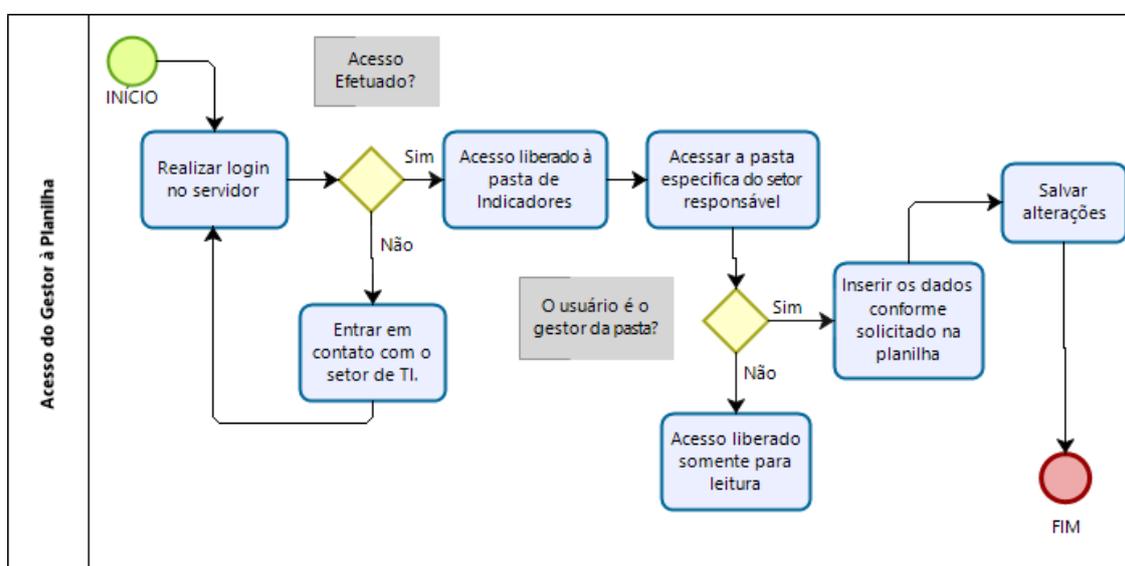
Figura 3 – Matriz de Coleta de Dados FCA (Fato, Causa e Ação).

MÊS	FATOS (Fatos que levaram ao desempenho)	CAUSAS (Análise dos Cinco Porquês) (Causa 1-; 2-; 3-; 4-; 5-)	AÇÕES (Ações corretivas e proativas)	RESPONSÁVEL (Pessoa designada)	PRAZO		SITUAÇÃO
					INÍCIO	FIM	
JANEIRO							
FEVEREIRO							
MARÇO							
ABRIL							
MAIO							
JUNHO							
JULHO							
AGOSTO							
SETEMBRO							
OUTUBRO							
NOVEMBRO							
DEZEMBRO							
N°	ETAPA / AÇÃO ESTRATÉGICA		RESPONSÁVEL	EQUIPE	PRAZO		SITUAÇÃO
1							
1.1							
1.2							
2							
2.1							
2.2							

Por se tratar de dados estritamente sigilosos a planilha segue um conjunto de práticas relacionadas a segurança de dados que tem como objetivo impedir que as informações sejam alteradas ou divulgadas de forma que haja um prejuízo a instituição.

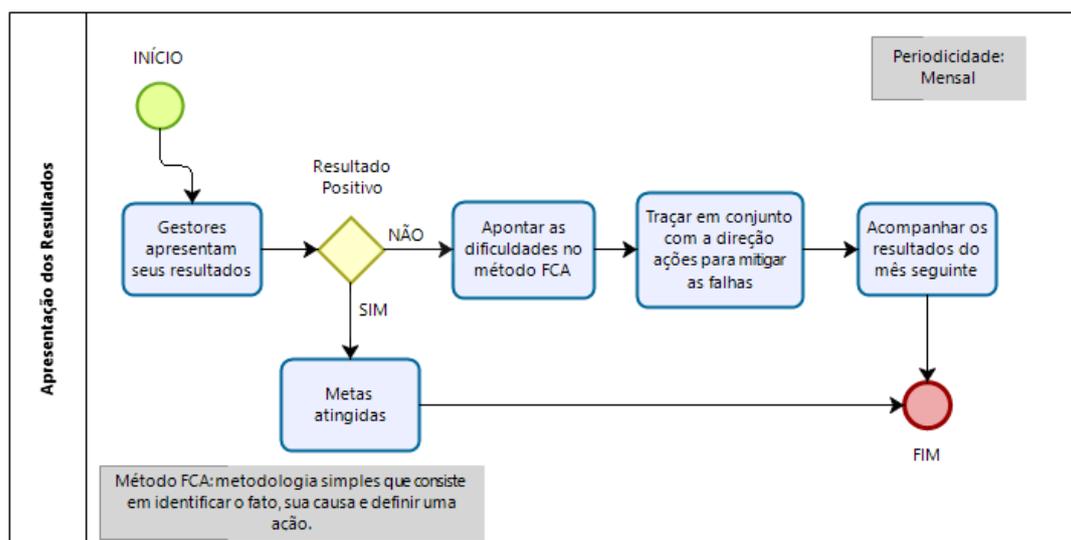
A planilha somente é acessada por pessoas autorizadas, todas as informações inseridas ficam armazenadas em nossos servidores da forma como são recebidas sem nenhuma interação, a consulta à informações ficam disponibilizados por meio de login e senha a qualquer momento e com backup mensal que garante a preservação dos dados (figura 4).

Figura 4 – Acesso do Gestor à Planilha.



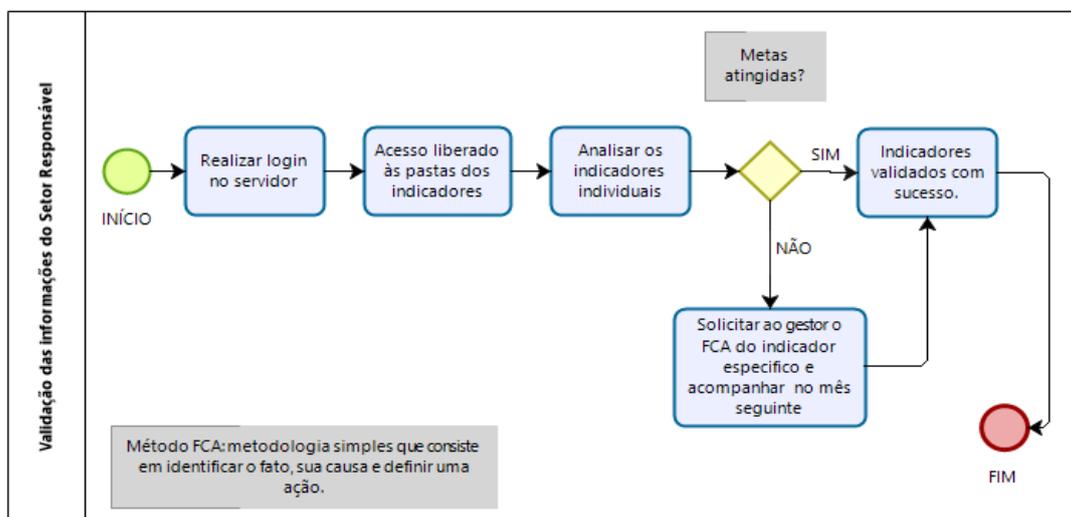
Para que todas estas etapas aconteçam faz-se necessário o acompanhamento diário dos dados por um setor específico que irá garantir a disponibilidade das informações bem como também irá realizar todo o acompanhamento dos setores diretamente com os seus gestores (figura 5).

Figura 5 – Apresentação dos resultados.



Para isso se faz necessário a realização de reuniões mensais onde serão discutidos os resultados do mês anterior e a partir daí apontar novas estratégias para o mês seguinte, as interações do administrador das planilhas com os gestores é de grande importância para o desenvolvimento dos setores e com isso melhorar o desempenho de toda a instituição de saúde pública (figura 6).

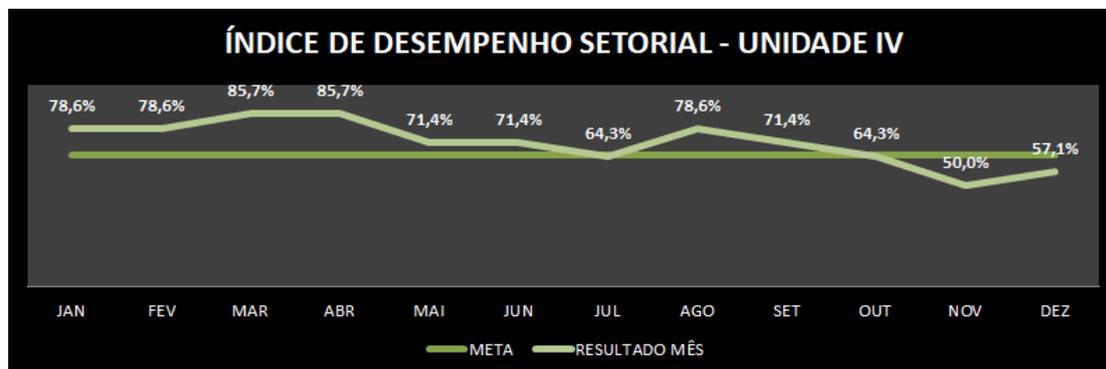
Figura 6 – Validação das Informações do Setor Responsável.



Com este modelo de acompanhamento dos resultados podemos identificar pequenas falhas nos processos de cada setor e corrigi-las da melhor forma possível para que o impacto seja reduzido. Ao final de um ano de trabalho temos uma mostra de como foi o desempenho de cada setor em um gráfico de linhas que aponta os momentos de atenção e também traça o que aconteceu com as estratégias utilizadas em decorrências dos resultados obtidos naquele

mês, fazendo com que visualmente possa se uma noção da efetividade da ação desenvolvida para minimizar o resultado ou até mesmo o oposto quando a estratégia utilizada não surte o efeito esperado fazendo com seja revista e colocada em prática logo que possível (figura 7).

Figura 7 – Gráfico de Desempenho Mensal da Unidade.



Este momento é ideal para que os gestores revejam suas metas e também elaborem novos plano de ação e tudo isso acontece em um momento especial onde se compila todos os dados e cada gestor defende seus resultados alcançados no ano anterior já traçando um novo desafio para o ano que se inicia, desta forma conseguimos obter resultados expressivos, para que toda esta cadeia obtenha sucesso e imprescindível que os gestores estejam envolvidos com a dinâmica estabelecida e que haja o suporte necessário por parte de toda a unidade.

3. RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

No desejo de avaliar o cuidado com o paciente em um modelo de gestão estratégica, os indicadores são ferramentas importantíssimas para medir a efetividade, eficiência e a segurança dos processos realizados na instituição. Neste sentido, citamos os procedimentos, condutas, recursos e outras operações que fazem parte da rotina de um hospital de saúde mental. A partir disso surgiu a planilha de indicadores organizacionais que distribuídos juntos aos setores administrativos e assistenciais avaliam a organização e identificam oportunidade de melhorias junto ao serviço ofertado aos pacientes da saúde mental do Estado do Ceará.

A partir de planilhas eletrônicas disponibilizadas juntos aos computadores de cada setor da unidade hospitalar os gestores podem inserir os dados solicitados e acompanhar automaticamente os resultados obtidos naquele mês e quando necessário preencher a matriz FCA. De posse destas informações conseguimos identificar os setores em que se faz necessário uma intervenção nos processos e por meio de reuniões mensais conseguimos alinhar o fluxo do

setor, vale ressaltar que com a utilização da planilha os setores passam a ter um histórico de indicadores com resultados e, matriz FCA que serviram para ajustar novos desafios e metas.

As planilhas são anualmente atualizadas de acordo com o plano de ação proposto pelo gestor com novos indicadores e metas em um evento de grande repercussão com todos os funcionários que denominamos de seminário de gestão e acontece com o apoio de toda a direção, neste momento os gestores defendem seus resultados e detalham os processos de cada alteração no decorrer do ano, como também apontam sugestões para os pontos de atenção que surgem no decorrer da jornada.

Pensando em uma gestão por resultados, apresentamos a importância de sair do discurso e colocar a proposta em prática, apresentando o desempenho dos setores envolvidos como também as possibilidades em relação ao atingimento das metas pactuadas e quando estas não são as esperadas utilizamos o método FCA (Fato Causa Ação) que apesar de bem simples é muito eficaz nas análises de causa e propor ações para eliminar anomalias nos processos da unidade. Esta ferramenta é utilizada na gestão e faz toda a diferença nas tomadas de decisões, ela deve ser sempre elaborada quando um resultado não for o esperado, ou seja, quando o resultado extrapolar a margem de segurança da meta estipulada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca pela constante melhoria dos processos otimizando recursos e tempo, para que as tomadas de decisões possam ser aplicadas de forma assertivas refletindo nos resultados uma melhoria do cuidado ao paciente como um todo.

Avaliação do desempenho da instituição hospitalar é realizada com as informações recebidas na planilha de indicadores que representa o resultado de todos os setores do hospital e a partir daí são traduzidas para o contexto de gestão promovendo uma maior integração das informações bem como a transparência nas ações. Seria impossível a instituição sobreviver sem nenhum histórico do trabalho desenvolvido até mesmo como medir onde se quer chegar, quais projetos teremos no futuro, desta forma os indicadores além de gerar conhecimento, precisão nos resultados e uma melhoria na qualidade dos processos também nos proporciona resultados econômicos, com tudo isso os resultados colhidos nas planilhas são utilizados para administrar e conduzir a instituição no gerenciamento do plano de ação e objetivos já traçados anteriormente.

Analisando a planilha de indicadores é possível sugerir algumas melhorias para pesquisas futuras no que diz respeito a *backup das informações*, o qual poderia utilizar uma

interface em nuvem ou novas tecnologias que poderão surgir no mercado, a fim de garantir novas funcionalidades na aplicação e com isso mostrar informações importantes sobre o desempenho de cada etapa do processos organizacional, facilitando a sua compreensão e o seu impacto no cuidado da saúde dos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

PENSESUS. Vivaosussaudemental: Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental#topo>>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

SCIELOBRASIL. Scielo: Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos, c2021. Página inicial. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/5b6TwpghJyXQvPxfgLnnSgF/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.

SCIELOBRASIL. Scielo: Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental, c2017. Página inicial. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mTM7QgW9CrZB45HynRjxQtB/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.

ARCAFIOCRUZ. Fiocruz: Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica, c2017. Página inicial. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22898>>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.

QUALITIN. Qualitin: Método FCA: o que é e para que serve, c2019. Página inicial. Disponível em: <<https://www.qualitin.com/nao-sabe-o-que-e-o-metodo-fca-nos-te-explicamos/>>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.

PENSOTECNOLOGIA. Pensotecnologia: Conheça os 3 pilares da segurança da informação, c 2020. Página inicial. Disponível em: <<https://www.penso.com.br/conheca-os-3-pilares-da-seguranca-da-informacao/>>. Acesso em: 15 de mar. de 2022.

PENSESUS. Saúdemental: Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-mental>>. Acesso em: 25 de abril de 2022.

MPCE. SaúdeMental: Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/caosaude/sus/saude-mental/>>. Acesso em: 25 de abril de 2022.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde: Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo, 2022. Página inicial. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>>. Acesso em 25 de abril de 2022.

ISGH. ManualdaQualidade2014: Disponível em: <
https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH/MANUAIS_PROCESSOS/manual_qualidade.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2022.

Capítulo XXIII

MARIA ILEUDA VERÇOSA: A EMBLEMÁTICA MENINA-MOÇA-MULHER, EX-MORADORA DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL TERCIÁRIA DO CEARÁ

DOI: 10.51859/amplla.smo577.1123-22

Yzy Maria Rabelo Câmara ¹

¹ Doctorado em Psicología Social. Universidad Argentina John F. Kennedy.
E-mail: yzycamara@gmail.com.

RESUMO

Ao celebrar os sessenta anos do hospital público de atenção à saúde mental terciária do Ceará, faz-se lícito honrar a memória de uma emblemática paciente e moradora desta instituição, cujo nome inspirou e foi dado, à guisa de homenagem, ao primeiro CAPS Infantil de Fortaleza. Após longo e minucioso processo de revisão de todos os prontuários de Maria Ileuda Verçosa e de entrevistas feitas com profissionais do Hospital de Saúde Mental de Messejana, atual Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), foi possível resgatar a vida dessa menina-moça-mulher no período em que a mesma esteve internada. A relevância deste trabalho investigativo diz respeito ao reconhecimento do enorme esforço conjunto dos profissionais da instituição em tela para prover, na medida do possível, melhor qualidade de vida para uma paciente com severíssimo transtorno mental e, acima de tudo, referenciá-la para a comunidade hospitalar atual que não a conheceu. Ao haver passado mais de duas décadas internada, Maria Ileuda Verçosa merece ser não somente conhecida, mas também reconhecida e honrada, tal como a autora deste trabalho vem fazendo em estudos sobre Ileuda nos últimos anos, plasmados nos cinco trabalhos referenciais que sustentam teoricamente este novo, em forma de capítulo de livro. Conclui-se que este caso, por imbuído de simbolismo que é, merece ser melhor estudado pelos pares interdisciplinarmente, e sua protagonista visualizada como representante que foi de tantos e tantas como ela: esquecidos pelas famílias e repudiados pela sociedade, mas amparados pelo Sistema – pelas mãos de profissionais empáticos e comprometidos com seu labor.

Palavras-Chave: Sofrimento Psíquico. Transtorno Mental Severo e Persistente. Internação Psiquiátrica.

1. A TRAJETÓRIA DE MARIA ILEUDA VERÇOSA NO HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL PROFESSOR FROTA PINTO

Homenagear Maria Ileuda Verçosa é fazer um pacto de respeito para com sujeitos com transtornos mentais severos e persistentes que demandam internação psiquiátrica e, sobretudo, é assumir o compromisso de salvaguardar a memória de uma paciente que foi moradora do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), atual Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), instituição sexagenária de saúde mental terciária, que a assistiu terapêuticamente no decurso da década de 1980 até o início dos anos 2000, à luz de Câmara *et al* (2011). Sem faltar com a questão da ética em pesquisa com seres humanos, o nome da paciente é mencionado sem abreviações pois a mesma foi homenageada *in memoriam* pelo

primeiro CAPS Infantil de Fortaleza, que atende à população Infanto-juvenil das Regionais II, IV e VI e leva seu nome.

O motivo de se estudar esta paciente deve-se ao impacto – e mesmo “batismo” no universo do transtorno mental severo e persistente –, que Maria Ileuda Verçosa provocou na autora do presente capítulo de livro quando esta ainda era acadêmica do sétimo semestre da faculdade de Psicologia, em uma visita técnica da disciplina de Psicopatologia, da Universidade de Fortaleza. Maria Ileuda Verçosa foi o primeiro e mais impactante contato da autora com sujeito em sofrimento mental até então, e continua sendo até os dias atuais. Em 2004, houve o convite para o trabalho com a saúde mental terciária. Este despertou o desejo da autora de resgatar e conhecer melhor quem era a menina-moça-mulher que estava contida ao leito de Intercorrência, mas este encontro não foi possível, pois a mesma já estava acolhida pela Espiritualidade Maior.

Os anos foram passando e este caso clínico não foi esquecido, uma vez que a autora foi se inteirando não somente sobre quem havia sido aquela paciente, mas certificou-se de que os funcionários que a conheceram não apenas sabiam seu nome completo, como a ela se referiam sempre de forma muito gentil e saudosa. Ao cursar o Mestrado em Saúde Pública, a autora foi conduzida por seu orientador a coletar os dados no CAPS Infantil Maria Ileuda Verçosa, conforme Câmara (2011a). Os caminhos dela e de Ileuda mais uma vez se cruzavam e, ao contrário do que a autora esperava, absolutamente nenhum profissional dessa instituição sabia quem fora a personalidade homenageada que lhe dera nome. Surgiu, então, o auto desafio de investigar mais profundamente Maria Ileuda Verçosa depois de treze anos.

O primeiro momento foi de resgatar TODOS os prontuários que estavam no arquivo-morto do HSM, correspondendo ao período de 1984 a 2002. Após longo processo de estudo e elaboração de categorias, foi possível recolher as informações de que desde a mais tenra idade, a família de Ileuda percebera seu comportamento alterado e passara a tratá-la com rejeição intensa e contínua, em parte por também haver membros na família com comprometimentos psíquicos, conforme Câmara *et al* (2015) e Câmara, Losada e Câmara (2019).

Aos três anos, seu pai a raptou⁹ e a conduziu aos cuidados de terceiros. Somente aos seis anos, sua genitora conseguiu resgatá-la, mas, naquele momento, a criança já estava muito prejudicada psiquicamente, passando a ser atendida ambulatoriamente no Hospital de Saúde

⁹ Termo registrado muitas vezes nos prontuários da paciente.

Mental de Messejana (HSM), atual Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Por dois anos, foi acompanhada por uma psiquiatra, segundo Câmara *et al* (2011), que a diagnosticou como: “Portadora de quadro psicótico e deficitário grave (sem lesões neurológicas evidenciadas) incluindo prolongada privação afetiva, sensorial e material, além de processo evolutivo muito comprometido e sem desenvolvimento de linguagem.”.

Devido à gravidade do quadro clínico, ela demandou internação psiquiátrica com apenas oito anos de idade e foi encaminhada para a extinta Unidade de Internação Infanto-Juvenil (Infanto), sendo registrada no leito 001. Por breve período de tempo, à luz de Câmara (2011b), teve o benefício de ser visitada por sua mãe, que lhe destinou assistência materna muito frágil por um ou dois anos e depois abandonou-a por completo no HSM. É consabido quão difícil é a convivência diária com um sujeito com transtorno mental severo e persistente e, por este motivo, a autora se abstém de julgamentos morais, à luz de Câmara, Losada e Câmara (2019).

A paciente apresentava um constante comportamento severo, marcado por automutilação, comprometimento global e pueril. Entre as inúmeras estratégias de cuidado manifestadas pelas equipes, Ileuda foi submetida a muitos exames psiquiátricos e neurológicos (incluindo uma tomografia computadorizada) que não detectaram anormalidades. Durante a trajetória de vinte e um anos que durou sua permanência no HSM, houve uma pequena variação dos sintomas, o que justificou a condição de altas inalteradas sucessivas, imposta pelo gravíssimo quadro clínico equivalente ao autismo (CID-10 F. 84) com esquizofrenia simples (CID-10 F. 20.6), somado à inexistência de suporte sociofamiliar, em consonância com Câmara (2011b).

Em 14 de maio de 1990, foi transferida do Infanto para o Pavilhão III (atual Unidade de Internação Feminina III), pois já era adolescente e em 16 de abril de 1992, foi encaminhada para o Pavilhão Frota Pinto (Enfermaria feminina atualmente extinta), onde permaneceu por aproximadamente dez anos sob a tutela do estado do Ceará, como expõem Câmara *et al.* (2011) e Câmara (2011b). Nos primeiros anos de internação psiquiátrica, ainda conseguiu estabelecer uma interação extremamente insatisfatória, mas infelizmente, com o decurso do tempo, perdeu o pouquíssimo repertório comportamental que possuía.

2. A ATUAÇÃO INCANSÁVEL DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES COM ESTA PACIENTE COM GRAVÍSSIMO TRANSTORNO MENTAL

Durante os vinte e um anos que Maria Ileuda Verçosa permaneceu hospitalizada no HSM, inúmeras foram as tentativas dos profissionais em prover-lhe melhoria clínica e maior

qualidade de vida. A psiquiatra assistente que a atendia na Unidade Infanto conseguiu, junto à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), uma cuidadora exclusiva para esta paciente, com o objetivo de torná-la ativa. Depois de um tempo de serviço, esta profissional foi demitida porque não havia justificava para a SESA, à luz de Câmara *et al* (2011), da permanência de uma cuidadora exclusiva para uma paciente, quando o HSM possuía inúmeros outros pacientes internados. Além deste feito, a autora identificou vários registros de preocupações da equipe médica em traçar planos terapêuticos com medicações que lhe trouxessem conforto, entre as quais: Amplictil, Anatensol, Biperideno, Carbamazepina, Clorpromazina, Diazepan, Haldol, Leponex, Levomepromazina, Neozine, Nootriptil, Prometazina e Tegretol e indicações para a equipe de Enfermagem sobre os cuidados com a contenção de seu corpo em quatro pontos e com a quantidade de tempo que não fosse prejudicial à moradora.

Em se tratando da equipe de Enfermagem, esta devotou-se ininterruptamente e diuturnamente em favor de Ileuda, provendo-lhe cuidados de higiene, administração de sua medicação e aferição dos sinais vitais e todas as prescrições médicas – incluindo as contenções mecânicas, e amor, sobretudo, de acordo com Câmara *et al* (2011), Câmara (2011 a) e Câmara (2011 b). É imperante expor que contenção é um recurso utilizado em instituições hospitalares – gerais ou psiquiátricas –, que visam proteger o sujeito de atos autoagressivos ou de agitação psicomotora (que pode provocar quedas e, conseqüentemente, fraturas), sendo igualmente um instrumento de preservação da integridade física de terceiros (equipe, pacientes e visitantes). Embora pareça uma estratégia impactante para leigos, é uma prática regulamentada tanto pelo Conselho Federal de Medicina (CRM), que faz a prescrição terapêutica, quanto pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que a administra.

O setor de Serviço Social buscou intensivamente, durante longos trezes anos, a vinculação de familiares com a paciente. No entanto, uma enfermeira que tanto trabalhava no HSM quanto no município de Quixadá conseguiu, através do CAPS local, o contato da mãe, que fazia tratamento neste centro de saúde mental secundária. Foi sabido na época que a mesma tinha, além dessa filha que permanecia no HSM, mais oito filhos menores de dezoito anos. Houve um breve contato de familiares naquele momento, seguido do abandono absoluto após ele, ainda que as assistentes sociais tenham tentado novas vinculações inúmeras vezes – e sempre inglórias.

Ileuda era assistida pelo setor de Fisioterapia, segundo Câmara *et al* (2011), com tratamentos focados em cinesioterapia motora para membros inferiores (MMII) e membros

superiores (MMSS), além de fisioterapia respiratória com o uso de tapotagem e aerossol. Com sua progressiva precariedade motora, os exercícios passaram a ser feitos no leito.

Havia uma parceria entre os setores de Psicologia e de Terapia Ocupacional que trabalhavam com atividades que visavam estímulos cognitivos e motores, ocupação do tempo e socialização. Nos primeiros anos de internação, ela respondia pouco aos inúmeros esforços dos profissionais: segurando e soltando objetos diversos e brinquedos ainda que indiferente aos mesmos, ouvindo música, ficando diante do aparelho de televisão sem se atentar ao momento lúdico. Houve o esforço em fazer com que ela deambulasse pelas dependências da instituição, sendo possível identificar, em vários momentos, a dedicação de um terapeuta ocupacional em protegê-la nesta atividade (com capacete, cotoveleira e joelheira de motoqueiro durante os passeios a pé, e com cadeira de rodas quando foi se tornando mais frágil e dependente (CÂMARA *et al.*, 2011).

Maria Ileuda Verçosa tornou-se cada vez mais debilitada clinicamente com a longa duração de sua internação. Pela gradativa restrição ao leito, comumente apresentava quadros de corrimentos, escabiose, obstruções nasais, gripes, pediculose, prisões de ventre ou gastroenterites e infecções urinárias e ginecológicas pois, mesmo sob contenção mecânica, conseguia enfiar a mão no ânus e depois passá-la nos genitais, segundo Câmara (2011a). Quanto à necessidade de permanecer sob contenção, a justificativa era a maneira encontrada pela equipe de protegê-la de si mesma dos recorrentes atos auto lesivos: beliscões, debater-se no leito e ferir a cabeça contra o espaldar da cama.

Como se não fosse suficiente o grande sofrimento psíquico da paciente, o fato de estar acamada comprometeu-lhe ainda mais a saúde que já era débil e seus últimos dias foram em um hospital geral, vitimada por câncer na região abdominal e longe da morada que a acolheu e tratou por vinte e um intermináveis anos. A menina-moça-mulher teve findado o seu padecimento aos vinte e nove anos de idade e foi reverenciada pelos seus verdadeiros amigos no momento de despedida, sendo velada no HSM pelos servidores que se tornaram, de fato, sua família adotiva, conforme Câmara *et al.* (2011), sendo sepultada no Cemitério Público do município de Fortaleza, no bairro do Bom Jardim.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de celebração dos sessenta anos do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, para além de seus serviços prestados à comunidade, nesta instituição encontra-se um patrimônio e cultural sobre o adoecimento mental que remonta ao período anterior à Reforma

Psiquiátrica. Para dentro de suas paredes encontram-se vastas histórias de vidas, sofrimentos e superações intangíveis que não podem ser esquecidas por fazerem parte do acervo memorial do HSM.

Em nome de Maria Ileuda Verçosa, reverenciam-se todos os pacientes deste espaço de tratamento, dentre os quais, “Arroz”, Sr. Fernando, Antônia, Lucedina, Neuza dos Anjos, Josi, Graça, Máximo, Noeme, Luciene e tantos outros, que agora descansam na Pátria Celestial, na esperança de encontrarem a paz que não tiveram neste Plano Terreno. Fiquem em paz! Estejam bem! Sigam a Luz!

Que Maria Ileuda Verçosa e o trabalho investigativo que a autora deste capítulo de livro faz sobre ela há muitos anos, possam servir de inspiração e incentivo para que mais pesquisas como esta venham a lume e mais Ileudas possam surgir – ressignificadas pelo estudo comprometido com a verdade dos fatos e com o respeito a esses seres humanos atormentados por transtornos mentais e sofrimentos psíquicos.

REFERÊNCIAS

CÂMARA, Y. M. R.; LOSADA, A. V.; CÂMARA, Y. R. Vivência do transtorno mental sob a ótica do cuidador [Apresentação e publicação]. *In: Anais do XIX Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa*, Universidade de Fortaleza, Ceará.

CÂMARA, Y. M. R.; CÂMARA, Y. R., FARIAS, A. M. de. e AMARAL J. J. F. do. A violência das cuidadoras de crianças portadoras de sofrimento psíquico: um reflexo da convivência diária com o adoecimento. *In: BEZERRA FILHO, J.G., SAVIOLI, K.C., GOMES, E.M. e ARAÚJO, I. da S. (Orgs.), Acidentes e Violência: uma abordagem interdisciplinar*, p. 100-123, Fortaleza: EdUECE, 2015.

CÂMARA, Y. M. R., CÂMARA, Y. R.; AMARAL, J. J. F. do, FARIAS, A. M. de; ARAÚJO, E.M. Retrato de uma Vida Contida: estudo de um caso de autismo com internação prolongada. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v.11, n.2, p. 751-777, 2011.

CÂMARA, Y. M. R. Percepção, Vivência e Enfrentamento do Sofrimento Psíquico em Crianças Usuárias de CAPS infantil. 124 f. **Dissertação Mestrado**. Programa de Mestrado em Saúde Pública, do Centro de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 2011a.

CÂMARA, Y. M. R. Sofrimento Psíquico: um mal-estar ontológico. *In: SOUSA, Luiz Antônio Pereira de (Org.). Unidade em Revista – Temas transversais da saúde mental*. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011b.



9 786553 811577