

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER  
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE MENTAL  
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

KATIUSCIA CRISTINA FREITAS DA SILVA

**PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E AS ESTRATÉGIAS PARA  
ADESÃO AO TRATAMENTO NO CAPS I DE PARANAÍBA-MS.**

CAMPO GRANDE (MS)

2022

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER  
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE MENTAL  
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

KATIUSCIA CRISTINA FREITAS DA SILVA

**PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E AS ESTRATÉGIAS PARA  
ADESÃO AO TRATAMENTO NO CAPS I DE PARANAÍBA-MS.**

CAMPO GRANDE (MS)

2022

**KATIUSCIA CRISTINA FREITAS DA SILVA**

**PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E AS ESTRATÉGIAS PARA  
ADESÃO AO TRATAMENTO NO CAPS I DE PARANAÍBA-MS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação do Me. André Vinícius Batista de Assis

CAMPO GRANDE (MS)

2022

Dedico este trabalho primeiramente a Deus o guia da minha vida, sem ele nada eu sou. Dedico também a minha família que me acompanha em cada passo, e quem eu amo tanto.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente começo agradecendo a Deus e a Nossa Senhora Aparecida, que sempre estão guiando meu caminho e me dando forças para seguir em frente.

Agradeço a minha família que sempre estiveram ao meu lado, me ajudando me apoiando a cada alegria e a cada dificuldade, sempre torcendo para que eu alcance meus objetivos e realizações.

Agradeço também ao meu orientador, que a todo momento esteve a disposição para me auxiliar a qualquer dúvida surgida, sempre com muita atenção, passando confiança para a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus colegas de trabalho do CAPS I, pelo apoio nos períodos em que estávamos ausentes cursando a pós, por lutarem diariamente por melhorias na prestação do serviço e, principalmente, por lutarem pela dignidade de nossos pacientes.

Enfim, agradeço a todos que me apoiam e que torcem pelo meu crescimento.

*Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de  
que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia  
impossível.*

***Charles Chaplin***

## RESUMO

### PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E AS ESTRATÉGIAS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO NO CAPS I DE PARANAÍBA-MS

SILVA, K. C. F. **Pessoas com Diagnóstico de Esquizofrenia e as estratégias para adesão ao tratamento no Caps I de Paranaíba-MS**. Orientador: Me. André Vinícius Batista de Assis. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental) – Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

kat\_jiujitsu@hotmail.com

**Introdução:** Este projeto de intervenção visa implementar ações e estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento de sujeitos com esquizofrenia ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, de Paranaíba/MS, com intuito de entender a realidade do viver com esquizofrenia, visando à construção de novas propostas a serem desenvolvidas no decorrer deste projeto. **Objetivo:** Implementar ações que favoreçam a adesão de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia ao CAPS I de Paranaíba, para minimizar o problema. **Percursos da Intervenção:** Foram realizadas entrevistas com três usuários do serviço, as respostas foram organizadas de acordo com os temas variados que surgiram na entrevista, orientada por um roteiro, visando identificar as necessidades dos usuários. Os entrevistados foram escolhidos de acordo com a condição de saúde, por serem casos mais graves e sem adesão às ações ofertadas pela rede de atenção à saúde. **Resultados:** Após as entrevistas, para auxiliar na compreensão da realidade, identificou-se ações e atividades a serem implantadas no CAPS I, dentro da governabilidade do serviço, para favorecer a adesão dos pacientes ao tratamento, estando descritas ao longo deste projeto de intervenção. Porém, ainda, não foi possível a adesão desses pacientes as novas atividades implantadas. **Considerações finais:** O CAPS I de Paranaíba buscou parcerias com diversos serviços, na área da cultura, esporte, serviço social e outros segmentos da sociedade civil, sendo possível concluir que o serviço articulado em rede com outros serviços, possibilita um trabalho intersetorial, sendo um fator decisivo para garantir maior resolutividade e atender a integralidade como preconiza os princípios do SUS.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde. Saúde Mental. Esquizofrenia. Intervenção Psicossocial. Serviços de Saúde Mental.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1. Objetivo geral.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>4. PERCURSO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>5.1.CAPS I de Paranaíba-MS .....</b>	<b>15</b>
<b>5.2. Intervenções desenvolvidas após entrevista com os pacientes.....</b>	<b>19</b>
<b>5.3. Família e Autonomia dos pacientes de transtorno mental.....</b>	<b>23</b>
<b>5.4 Medicalização.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5. Equipe Multidisciplinar e Educação Permanente.....</b>	<b>32</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>APENDICE A – Modelo de questionários aplicados.....</b>	<b>40</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção visa implementar ações e estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento de sujeitos com o diagnóstico de esquizofrenia num CAPS I no município de Paranaíba- MS, interior de Mato Grosso do Sul . Para tanto, realizaremos uma breve exposição a respeito de como a esquizofrenia se caracteriza, bem como alguns dados e conceitos centrais que discriminam a importância deste diagnóstico clínico no campo da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) apresenta que, em todo o globo, 24 milhões de pessoas sofrem de esquizofrenia, totalizando cerca de 1% da população mundial. O relatório destaca ainda que a esquizofrenia é a 7ª principal causa de incapacidade no mundo, sendo responsável por 2,8% do percentual da população mundial na faixa de 15-44 anos. A maior parte dos indivíduos torna-se incapaz de reestabelecer relações laborais e interpessoais.

A esquizofrenia é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras. É definida como uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção movimento e comportamento. Esse processo de descoberta de sentido na esquizofrenia torna-se um processo extremamente difícil e doloroso, pois a convivência com o transtorno é acompanhada de intenso sofrimento e limitações. As limitações, de modo geral, decorrem da deterioração de vários processos mentais, fazendo com que o indivíduo apresente alguns sintomas característicos da esquizofrenia, conhecidos como sintomas positivos e sintomas negativos. Os sintomas positivos são aqueles em que ocorrem comportamentos adicionais nos momentos de crise psiquiátrica como delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento (catatonia, transtornos dos movimentos, entre outros) ( OLIVEIRA, 2012).

Acredita-se que a apresentação dos sintomas positivos, especialmente os delírios e as alucinações, tem relação íntima com as particularidades de cada indivíduo, com suas experiências de vida e com as relações estabelecidas com os fatos ao seu redor, podendo ser considerada uma forma de o indivíduo comunicar seus medos e impulsos. Os sintomas negativos, por sua vez, são aqueles em que ocorre perda da função, caracterizando-se por diminuição da atividade motora e psíquica, bem como das manifestações emocionais, exemplificados como afeto plano e anedonia (OLIVEIRA, 2012).

Esses sintomas podem ocorrer também devido a causas secundárias da doença como privação ambiental, quadros depressivos, ansiedade, além dos efeitos colaterais das drogas antipsicóticas. Uma das maiores dificuldades da esquizofrenia reside em sua cronicidade (sintomas negativos) e na recorrência dos sintomas agudos (sintomas positivos). A apresentação desses dois tipos de sintomas é responsável pelas consequências pessoais do convívio com a esquizofrenia que são refletidas na vida afetiva, social, familiar e financeira, com destruição de sonhos, desconsideração do portador como ser humano, sentimentos de menos valia e sentimento de não ser compreendido pelos familiares e amigos (OLIVEIRA, 2012).

Considerando a complexidade, a severidade, o intenso sofrimento e os inúmeros prejuízos que a esquizofrenia pode causar nos diversos aspectos da vida de seus portadores e seguindo as ideias de transformação dos conceitos de doença mental e assistência psiquiátrica, é importante um novo olhar para os portadores deste transtorno, dando-lhes voz, acolhendo e valorizando seus sofrimentos neste processo de descoberta de novo sentido para a convivência com a esquizofrenia (OLIVEIRA, 2012).

A esquizofrenia começou a ser melhor definida pela psiquiatria no final do século XIX. Caracterizada como uma doença grave que evoluía de forma crônica e com alteração progressiva da capacidade intelectual durante a juventude ou início da fase adulta, a esquizofrenia foi denominada, inicialmente, demência precoce. O transtorno esquizofrênico caracteriza--se por apresentar distorções funcionais em vários graus e de forma simultânea. A motivação, os estados afetivos, os processos cognitivos e várias outras funções dos pacientes com essa síndrome se encontram alterados (ALVES, 2001).

O conteúdo do pensamento dos esquizofrênicos apresenta-se fragmentado, com perda das associações lógicas, expressando-se de forma incoerente, vaga, circunstancial e repetitiva. A percepção, na esquizofrenia, também se encontra alterada. O principal distúrbio perceptivo são as alucinações auditivas, escuta de vozes quando o paciente está sozinho e não há ninguém por perto. Podem ocorrer, alucinações visuais, olfativas (odores diferentes) ou táteis (sensação de formigamento); também podem ter ilusões (percepção de objetos reais de modo distorcido) ou despersonalização (sensação de que o seu corpo está sofrendo modificações). Também são observados distúrbios motores, tais como catatonia (alterações intensas da motricidade caracterizadas por imobilidade e comportamento indiferente ao ambiente), movimentos estereotipados (repetitivos e sem propósito), atividades motoras incontrolláveis e agitação, sendo as duas últimas as mais frequentes. Em consequência dessas alterações, o

indivíduo perde o senso de identidade pessoal, e tem extrema dificuldade de estabelecer contato social, ficando isolado em seus pensamentos e fantasias, ou ouvindo alucinações (ALVES, 2001).

No CID-10 (OMS, 2012) no tópico: *Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29)* a esquizofrenia é descrita como um transtorno, que se caracteriza por distorções fundamentais do pensamento e percepção. Na classificação do DSM-5 (APA, 2014), a esquizofrenia é uma psicose, que representa grave sofrimento psíquico. Para que o indivíduo seja diagnosticado, deve apresentar, no período de ao menos um mês, dois (ou mais) sintomas, sendo: delírio, alucinação, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado, sintomas negativos; sendo que um dos aspectos deve corresponder a um dos três primeiros sintomas apresentados (positivos).

Consideramos primordial a demarcação de dois termos: *sofrimento psíquico* e *cuidado em saúde*, em detrimento de transtorno e tratamento, respectivamente. Em suas lições, Almeida (2018) demarca que são sobre os sujeitos concretos que se desenvolvem os sintomas que irão se qualificar como doenças e gerar sofrimento. A nomenclatura auxilia a compreensão de uma concepção em disputa: não se trata somente de uma alteração biológica, mas de processos amplos, alterados por relações estruturais da sociedade.

O sofrimento é maior que uma dor ou uma perda, na medida em que envolve amplas consequências, reestrutura as relações pessoais, modifica a ordenação da vida cotidiana (BRASIL, 2013b). E, Almeida (2018) defende a opção pelo termo “sofrimento psíquico” em detrimento de termos como “transtorno mental”, “doença mental”, “patologia”.

Na mesma direção enfatizamos o termo “cuidado” como forma de intervenção do profissional de saúde. Segundo Brasil (2013b), tem-se que no cuidado com a pessoa que passa por uma situação de sofrimento a atenção deve ser integral, compreender os laços rompidos, as relações afetadas, os desgastes, instabilidades. Assim as estratégias de intervenção visam à totalidade, que não se expressa apenas por quantificações fisiológicas, o cuidado em saúde deve promover a retomada da vida: “O profissional de Saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve-se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral” (BRASIL, 2013b, p. 33).

Com base nos dados expostos, consideramos que a atenção aos sujeitos que se encontram em situação de sofrimento psíquico na esquizofrenia deve ser objeto de estudo, contribuindo para a intervenção de profissionais do CAPS I, com intuito de entender a realidade do viver com esquizofrenia, bem como suas implicações para o acometido por ela, a

partir do relato de quem a vivencia; oferecendo possibilidades de contribuição ainda não exploradas, possibilitando a reflexão sobre o processo de sofrimento psíquico na esquizofrenia e em estratégias de cuidado em saúde existentes, visando à construção de novas propostas a serem desenvolvidas no decorrer deste projeto e das formas atuais de tratamento, que são baseadas hegemonicamente na medicação psiquiátrica.

## 2 JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Intervenção busca alternativas para minimizar o problema enfrentado que é a falta de adesão ao tratamento dos pacientes esquizofrênicos no CAPS I de Paranaíba- MS; há tempos o CAPS vem enfrentado dificuldades em fazer com que seus pacientes portadores de esquizofrenia participem das atividades propostas, como as oficinas terapêuticas em grupo; aos atendimentos individuais com os demais profissionais como exemplo os psicólogos; assistentes social; enfermeiros e consulta médica.

Vale ressaltar que estes pacientes em sua maioria também não aderem corretamente às medicações prescritas, sendo necessário montar medicação assistida pela farmacêutica do CAPS, mesmo assim, alguns medicamentos, devido os efeitos colaterais, são rejeitados pelos pacientes.

Assim como visto pelos trabalhos apresentados, há a necessidade de se criar novas estratégias e mecanismos para favorecer a adesão de pessoas com esquizofrenia no CAPS I de Paranaíba-MS. Diante do exposto, este Projeto de Intervenção tem por finalidade proporcionar e implantar novas formas de abordagens aos pacientes de esquizofrenia que fazem tratamento no CAPS I, ofertando atividades de acordo com projeto terapêutico singular, que será elaborado em conjunto com paciente e seu técnico de referência, desta forma possibilitando uma maior adesão no tratamento e fortalecimento de vínculo com equipe multiprofissional do CAPS I.

Assim sendo, o presente projeto tem relevância humana, pois irá agir diretamente na vida do paciente, trazendo inúmeros benefícios e melhorando a sua qualidade de vida, bem como seu vínculo familiar.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Implementar ações que favoreçam a adesão de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia às ações ofertadas pelo CAPS.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Implementar o acompanhamento familiar, através de visitas, grupos e ou reuniões.
- Estabelecer Técnico de referência às pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, para dar início na construção do Projeto Terapêutico Singular.
- Inserir as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em atividades já existentes no CAPS I

#### **4 PERCURSO DA INTERVENÇÃO**

Inicialmente realizou-se uma reunião interprofissional com trabalhadores do CAPS I, a fim de esclarecer os pormenores deste Projeto de Intervenção, assim como discutir os objetivos anteriormente elencados. Desta forma, os profissionais puderam dar suas contribuições e colaboraram para o estabelecimento tanto de um cronograma de execução para as ações, quanto do levantamento do referencial teórico a ser utilizado.

O local escolhido para a realização do projeto de intervenção é o CAPS I; o serviço está localizado na cidade de Paranaíba-MS.

A escolha dos entrevistados foi resultante de indicação, visando conhecer pessoas com necessidades de ações de responsabilidade do CAPS, dando ênfase aos casos mais graves e sem adesão.

As perguntas que orientaram a conversa com os usuários do serviço foram elaboradas pela própria autora do projeto e foram construídas levando-se em consideração a contextualização da vida pregressa das pessoas participantes, além de seu contexto familiar, histórico de tratamento, interesses e desejos, a fim de que se pudesse colher informações que pudessem facilitar a elaboração de estratégias de estabelecimento de vínculo e, posteriormente, abrindo a possibilidade de adesão da pessoa ao serviço.

Primeiramente foi explicado a respeito, da conversa inicial, da participação, combinados de número de encontros e o tempo de cada encontro. Houve a apresentação dos objetivos do projeto de intervenção e dos objetivos de cada encontro para proporcionar conhecimento necessário para a futura intervenção.. Os encontros ocorreram de modo individualizado, com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia acompanhadas pelo CAPS I, juntamente com o familiar responsável pelo cuidado do mesmo. A autora do projeto foi até a residência de cada pessoa após agendamento prévio com a família para realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas em 3 dias, sendo 1 dia destinado para cada entrevistado, e as respostas foram anotadas para uso das informações. O tempo estimado de cada entrevista foi de 02 horas.

Foi feito a devolutiva com os participantes do projeto de intervenção, (usuários, familiares e os profissionais do CAPS I), por meio de uma reunião realizada no CAPS I, após a execução das intervenções e o início das novas oficinas e grupos implantados no CAPS I, com base nos resultados obtidos através das entrevistas com os usuários do serviço.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CAPS DE PARANAÍBA- MS

Até bem pouco tempo, a assistência ao paciente portador de doença mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, onde se restringiam à internação e medicalização dos sintomas, excluindo-o dos vínculos, das interações, da sociedade como um todo; No modelo de atenção atual, a política preconiza a diminuição de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos que disponibilizará o tratamento em seu território com convívio familiar, possibilitando a inclusão dos portadores de transtorno mental graves (COLVERO, 2004).

Trazemos então a descrição detalhada das ações de alguns pontos de atenção da RAPS ao que condiz a atenção à saúde mental no município de Paranaíba.

Segundo o Ministério da Saúde desde a reforma psiquiátrica com a criação da **Lei 10.216, de 6 de abril 2001** que” Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, criou diversos serviços substitutivos as internações psiquiátricas, dentre eles os CAPS.

Os **CAPS I**, num primeiro momento, foram destinados apenas ao tratamento de pessoas adultas portadoras de transtorno mental severo. Contudo, atualmente, com a atualização das portarias, ficou então redefinido os padrões de atendimentos de todas as modalidades de CAPS existentes, sendo eles o seguinte, de acordo com as respectivas portarias: **Portaria 336 de 19/02/2002; Portaria/GM Nº 3.088, de 23/12/ 2011; Portaria 3089 de/2011; Portaria 3588 de 21/12/2017**; foram criados diversos serviços substitutivos às internações psiquiátricas como forma de primeira escolha de tratamento; dentre eles sugeriram os CAPS em suas diversas modalidades.

**Em seu Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).**

**§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:**

**I - CAPS I:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que



impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes;**

Informamos que também existem outros serviços que fazem parte da RAPS como pontos de atenção em saúde mental, serviços esses descritos na **Portaria 3088/2011**; mas citamos aqui apenas as modalidades de CAPS, haja vista que é o único serviço implantando em Paranaíba.

Infelizmente todos esses outros serviços criados pelo Ministério da Saúde, não contemplam os municípios de pequeno porte como Paranaíba que não atingem o número populacional exigido e não se enquadram para implantação do serviço, bem como o recebimento do incentivo financeiro federal mensal de custeio para implantação e manutenção, ficando assim desamparado financeiramente cada um destes municípios. O que restaria seria a implantação do serviço sem o credenciamento e, conseqüentemente, a sustentabilidade financeira do serviço ficaria exclusivamente de responsabilidade das Prefeituras Municipais; o que infelizmente não é possível.

Assim, o município de Paranaíba possui 40.192 mil habitantes de acordo com Censo do IBGE 2010, possui um CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) implantado desde 2001; que oferta atendimento a pacientes portadores de transtorno mental grave, severo e persistente bem como para dependentes químicos a partir dos 15 anos de idade, de acordo com habilidade do médico clínico do CAPS I. A portaria propõe para todas as faixas etárias, contudo o atual médico do CAPS não possui residência em psiquiatria e nem em psiquiatria infantil, por isso não atende crianças, o mesmo apenas dá um primeiro atendimento para suporte e referência e posteriormente encaminha para especialidade de psiquiatria infantil e ou neurologia infantil, se for o caso.

O CAPS de Paranaíba - MS possui uma equipe multidisciplinar (Médico clínico geral com Pós- graduação em Psiquiatria, Psicólogo, Farmacêutico, Assistente Social, Enfermeiro, Artesão, Técnico de enfermagem, Terapeuta Ocupacional; Educador físico; Professor de Música). Vale ressaltar que o CAPS atende uma demanda espontânea que procura o serviço; sendo um atendimento de regime aberto, substitutivo às internações. Quando os pacientes são internados em hospitais psiquiátricos, após a alta hospitalar os mesmos são encaminhados para o CAPS I para dar continuidade no seu tratamento por livre e espontânea vontade.

Além de consulta médica e psicológica é oferecido oficina de terapia ocupacional onde são desenvolvidas atividades de artesanato; grupos terapêuticos; atividades lúdicas como alongamento, aulas de música e dança.

As oficinas terapêuticas realizadas no CAPS são atividades de diversas modalidades de artesanato, tem como objetivo a reabilitação psicossocial do paciente com intuito de reinserção social, inserindo-o novamente na sociedade. Estas oficinas não tem como principal objetivo a profissionalização do paciente, porém não impede aqueles com maior potencial de adquirir conhecimento suficiente para fazer disto uma profissão para sua sobrevivência; desta forma as oficinas vem de encontro com a necessidade do usuário para suprir uma dificuldade ou até mesmo proporcionar um maior vínculo entre os pacientes e a equipe de profissionais.

As oficinas são em grupos com limite máximo de 30 pacientes por turno, sendo de adultos e existe um dia exclusivo que é na sexta feira no período vespertino que a oficina é destinada para adolescentes a partir de 15 anos de idade.

O horário de funcionamento do CAPS é das 6:00 hs as 16 :00 hs, divididos nas diversas atividades e terapias ofertadas; sendo oferecido refeição diária (café da manhã, almoço e lanche) para aqueles pacientes que frequentam as oficinas.

O paciente é atendido por todos os membros da equipe conforme a lei 10.216 de 6 abril de 2011; Portaria/ GM 336 de 19 de fevereiro de 2002, assim como o Manual de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004). Com a publicação da Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, os CAPS I tiveram que atender pacientes menores de 18 anos; oferecendo o atendimento de consulta médica e psicológica.

Quando após esgotada todas as tentativas de tratamento alternativo, for o caso, o paciente é encaminhando para internação. Vale ressaltar que no estado de Mato Grosso do Sul existem apenas dois hospitais psiquiátricos, sendo um em Paranaíba e outro em Campo Grande. O hospital psiquiátrico de Paranaíba não interna menores de 18 anos, lembramos, que a rapidez do agendamento não compete ao CAPS I de Paranaíba e sim a Central de Regulação de Vagas de Campo Grande, o que pode levar dias. O CAPS I de Paranaíba, com auxílio da Secretaria Municipal de Saúde, sempre entra em contato com Campo Grande, na tentativa de acelerar as internações, mas não podemos garantir que isto aconteça a curto prazo.

Assim o atendimento no CAPS se dá da seguinte forma, o paciente para ser atendido no CAPS, não precisa de encaminhamento, atendemos demanda espontânea que procura o serviço, dentro do quadro de transtorno mental grave, severo e persistente com ou sem ideação e ou tentativas de suicídio, e também dependentes químicos acima de 15 anos de idade.

O paciente ao procurar o CAPS é encaminhado para acolhimento e triagem para ver se enquadra no público alvo para o CAPS, se for constatado ser caso de CAPS , o técnico do

plantão do dia irá inserir o paciente nos atendimentos ofertados pelo serviço, sendo eles; consulta médica, atendimento psicológico, se for o caso, grupo terapêutico, grupo de oficinas de terapia ocupacional; se o caso exigir atendimento do serviço social, é encaminhado para a assistente social do CAPS; se o caso demandar visita domiciliar, é acionado a equipe para realização de visita, bem como se for preciso falar com a família para qualquer tipo de esclarecimento e pactuação de tratamento, onde a participação do familiar é considerada essencial para o tratamento, a equipe aciona essa família; assim, caso seja necessário atendimento compartilhado com equipe de saúde da família ESF, será acionado a equipe; se o caso demandar atendimento farmacêutico e processo de medicação de alto custo pelo núcleo regional de saúde o paciente é encaminhado para farmácia do CAPS; enfim se o caso exigir atendimento de outros seguimentos como CRAS, CREAS, DAM, CONSELHO TUTELAR, APAE, a equipe do CAPS entrará em contato com algum destes serviços para realizar o atendimento necessário, sempre visando a integralidade e intersetorialidade das ações.

Nos casos mais graves, que exijam atendimento de urgência com pacientes menores de 16 anos, o médico do CAPS realiza um primeiro atendimento, porém para encaminhar a criança para atendimento especializado da infância. No caso de atendimento psicológico infantil, informamos que os psicólogos do CAPS não atendem crianças menores de 15 anos; quando se tratar de casos graves os psicólogos fazem uma avaliação e posteriormente encaminham para o ambulatório no Posto de Saúde Central (Centro de Especialidades Médicas) onde tem uma psicóloga que atende crianças e adolescentes.

Semanalmente é realizada reunião de equipe multidisciplinar para tratar de assuntos diversos, dentre eles a discussão de casos mais graves e complexos, onde a equipe propõe no coletivo outras ações e medidas que devem ser tomadas de acordo com desfecho de cada caso para então dar início ao Projeto Terapêutico Individual (PTS) destes pacientes. Esses momentos de reunião foram adotados no serviço para podermos compartilhar casos complexos, que exigem acompanhamento semanal devido a gravidade, seja da doença ou de vulnerabilidade em que o paciente e sua família se encontram.

## **5.2 INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS APÓS ENTREVISTA COM OS PACIENTES**

A intersetorialidade pode ser definida como a integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais, tais como: governo, sociedade civil organizada, movimentos sociais, saúde, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia; que contribuem nas decisões de processos de trabalho para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos que melhoram a eficiência dos serviços prestados; logo, desenvolver estratégias e ações intersetoriais envolve atuar com diferentes sujeitos e serviços, bem como a busca de soluções compartilhadas que, por meio de diversos saberes possam resolver os problemas complexos e construir uma nova concepção de planejamento, execução e controle dos serviços prestados, que objetiva garantir tratamento equânime às pessoas (GARCIA, 2014).

A intersetorialidade é operacionalizada por meio da criação de uma rede de compromisso social, estruturada por vínculos e uma presença viva, na qual instituições se articulam em torno de uma questão da sociedade, programam e realizam ações integradas e articuladas, avaliam juntos os resultados e reorientam a ação. Trata-se de um processo dialético e dinâmico, tendo a necessidade de se pôr em prática diferentes tipos de habilidades de negociação e de mediação de conflitos que implicam a abertura de cada setor envolvido para dialogar, formar vínculos, estabelecer corresponsabilidades e cogestão pela melhora da qualidade de vida de uma determinada família e ou população. A vida atual demonstra como cada indivíduo e coletividade têm necessidades relativas a várias áreas: segurança, saneamento, moradia, alimentação, saúde, educação, entre outros (GARCIA, 2014).

Nesse sentido vem a necessidade luta da integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que implica repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde. O princípio da integralidade corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública (preventivas) e as práticas assistenciais. Articular práticas de saúde pública com assistenciais significa borrar as distinções então cristalizadas entre os serviços de saúde pública e serviços assistenciais. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema (FRACOLLI, 2011).

O atendimento integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS e constituindo-se como um desafio na construção do sistema. A Integralidade busca uma assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo e não aceita a redução do mesmo à doença e nem ao aspecto biológico. Além do atendimento integral, envolve a valorização do cuidado e o acolhimento. A busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano não apenas dos enfermeiros como também de outros profissionais da saúde, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. A Integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (FONTOURA, 2006).

Diante do exposto acima pensando na intersetorialidade e na integralidade das ações, após a entrevista realizada com os pacientes e seus familiares, foi possível identificar possibilidades de intervenções e atividades que puderam ser desenvolvidas no CAPS dentro da governabilidade do serviço para então implementar as ações que poderiam ter favorecido a adesão dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia no CAPS I de Paranaíba- MS.

Dos três entrevistados foi possível levantar as seguintes necessidades trazidas por eles em suas respostas durante as entrevistas:

- Aulas de artes marciais.
- Curso de informática.
- Curso de jardinagem.
- Curso de hortifrúti.
- Momento de escutar música.
- Curso de desenho e pintura.

Diante das falas trazidas pelos pacientes entrevistados, foi possível juntamente com a equipe em reunião específica, discutir esses três casos e desenvolver as seguintes ações como intervenções onde as mesmas também fizeram parte do Projeto Terapêutico Singular dos mesmos:

- O CAPS por meio da coordenadora, buscou e conseguiu uma parceria com a UFMS ( Universidade Federal de Mato Grosso do Sul), através do curso de Psicologia, no campus de Paranaíba- MS, para então desenvolver um projeto de extensão com docentes e discentes do curso de psicologia e implantar um grupo chamado “ **OUVIDORES DE VOZES**”, voltado para pacientes esquizofrênicos do CAPS; a elaboração deste projeto teve início em novembro

de 2021, onde passou por diversas etapas sendo ele elaborado por duas professoras da UFMS, onde foi aprovado pelo comitê de ética envolvendo seres humanos com autorização da secretaria municipal de saúde de Paranaíba, juntamente com a reitoria da UFMS. Após todo processo concluído e aprovado, a data de início ficou marcada para primeiro de junho de 2022 com duração de seis meses, renováveis por mais seis meses. Será toda segunda-feira das 13hs às 16hs, no CAPS I de Paranaíba, com a participação de uma professora psicóloga da UFMS, três alunos e dois profissionais do CAPS I.

- Foi implantado as **reuniões para discussão de casos** com a equipe multidisciplinar do CAPS I, sendo realizada quinzenalmente para então nortear e dar continuidade aos PTS ( Projetos Terapêuticos Singulares) dos pacientes deste projeto de intervenção com diagnósticos de esquizofrenia sem adesão ao tratamento no CAPS, sendo decido que posteriormente será iniciado novos PTS, com demais pacientes dando prioridade aos casos mais graves.

- Foi criado o **grupo de família** de usuários, com diagnósticos de esquizofrenia sem adesão ao tratamento no CAPS, bem como de outros usuários com diferentes diagnósticos, considerados graves, sem resolutividade em seu tratamento, com objetivo de orientar sobre a doença e conscientizar sobre a importância da participar semanalmente nas oficinas no CAPS, bem como fazer uso correto da medicação para manter uma estabilidade no quadro, prevenindo recaídas com surtos graves.

- A coordenadora do CAPS conseguiu parceria com a secretaria municipal de cultura de Paranaíba que disponibilizou professores habilitados em áreas específicas, para desenvolver algumas oficinas no CAPS além das oficinas já desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, visando o trabalho intersetorial e articulado em rede com outros serviços, sendo elas:

- Oficina de dança urbana e dança circular (duas vezes por semana)
- Oficina de canto (duas vezes por semana)
- Oficina de flauta (duas vezes por semana)
- Oficina de alongamento (duas vezes por semana)
- Oficina de desenho e pintura (esta oficina ainda não iniciou, tendo seu início previsto para julho de 2022, devido a disponibilidade de horário do professor).

- A coordenadora do CAPS conversou com a secretária de cultura para ver a possibilidade do professor de desenho poder dar aula domiciliar para o paciente L02 por um período de um mês, na tentativa de criar um vínculo entre eles e posteriormente poder convencê-lo a frequentar as oficinas no CAPS. Contudo, devido ao horário extenso do professor, estamos aguardando esta disponibilidade de horário, até mesmo para as oficinas no CAPS, para então vermos o que será possível programar. Contudo somente a partir de julho de 2022 que terá uma resposta concreta.

- A Secretaria Municipal de Cultura oferece aulas de violão em sua sede, bem como disponibiliza violão para aqueles que não tem; através de uma reunião com a secretária buscando um atendimento articulado, visando a integralidade e intersetorialidade a coordenadora do CAPS solicitou algumas vagas para os usuários do CAPS que tivessem interesse em fazer as aulas, juntamente com demais alunos da cidade. Até o presente momento apenas um paciente demonstrou interesse dando inícios às aulas de violão, contudo foi um paciente dependente de álcool e não o público alvo do presente projeto de intervenção.

- A coordenadora do CAPS procurou uma academia de artes marciais da cidade, que tem um projeto social de aulas de jiu jitsu para crianças e adolescentes, em situação de vulnerabilidade na cidade, para ver a possibilidade da formação de uma turma específica de pacientes da saúde mental do CAPS; cujo os pacientes encaminhados para esta atividade seria somente após discussão do caso com a equipe e sendo constatado a possibilidade de desenvolver esta modalidade esportiva; o coordenador do projeto solicitou um prazo de 20 dias para reunir com sua equipe e decidir; o CAPS ainda aguardando a resposta para ver se realmente será possível desenvolver esta atividade.

- A coordenadora do CAPS entrou em contato com Sindicato Rural de Paranaíba, que oferecem durante todo ano diversos cursos gratuitos não somente aos pecuaristas associados como também a comunidade em geral, para então aceitarem a inscrição dos pacientes que demonstrarem interesse em fazer algum dos cursos ofertados por eles; cursos estes por exemplo de jardinagem, horta, inseminação artificial, bolos confeitados, bombons, padeiro; gado leiteiro, manejo de pasto; tipo de sal para bovinos, etc. O Presidente do Sindicato aceitou a inscrição dos usuários do CAPS, contudo os novos cursos terão início a partir de primeiro de julho de 2022.

- O CAPS, através da assistente social, por intermédio do CRAS, cadastrou os pacientes que se enquadravam e que ainda não estavam cadastrados para aquisição da cesta

básica alimentar, bem como direcionou para o recebimento do BPC (Benefício de Prestação Continuada).

- Foi implantado, após combinado com médico do CAPS, que uma vez por semana no dia de quarta-feira de manhã, o médico participa da oficina terapêutica de canto, tocando violão e cantando com os pacientes; finalizando com falas de motivação, sendo um momento terapêutico e de descontração.

- Foi montado um cronograma semanal entre a equipe multidisciplinar do CAPS, com escalas da seguinte forma: plantonista do dia; equipe de visitas domiciliares; equipe de busca ativa, com finalidade de garantir o atendimento integral, acompanhar e monitorar os pacientes, para que durante as reuniões de discussão de caso, fosse possível um planejamento de ações, visando alternativas de minimizar ou até mesmo resolver os problemas mais relevantes dos pacientes bem como melhorar o vínculo e a adesão ao tratamento.

Diante do exposto vale ressaltar que os pacientes entrevistados participavam apenas das consultas médicas e medicação assistida domiciliar pela farmacêutica que também é a coordenadora do CAPS e autora deste projeto de intervenção. Estes pacientes em questão, ainda continuam com seu acompanhamento pelo CAPS da mesma forma, ou seja, não aderiram às novas oficinas criadas no CAPS nesta intervenção; lembrando que algumas destas oficinas foram sugeridas por eles durante as entrevistas, o que gerou muita frustração na autora deste projeto; contudo conseguiu maior vínculo com os familiares e a participação dos mesmos nos grupos de família.

Por outro lado, foi possível conquistar com êxito a participação de outros pacientes com outros diagnósticos, que também não aderiam ao tratamento no CAPS e passaram a participar destas novas oficinas, o que foi muito satisfatório para todos os membros da equipe.

O CAPS está aguardando o início do grupo de ouvintes de vozes; das aulas de jiu jitsu e o início do curso no sindicato rural de jardinagem e horta, para ver se os pacientes entrevistados vão aderir a estas atividades ainda pendentes, haja vista que também formam propostas por eles durante as entrevistas.

### **5.3 FAMÍLIA E AUTONOMIA DOS PACIENTES DE TRANSTORNO MENTAL**

De concreto, sabemos que não há serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus familiares com efetividade. Sabemos, também, que a ocorrência de uma doença mental grave e de longa



duração ativa uma série de respostas nas pessoas de seu grupo social, especialmente, entre aquelas do convívio familiar (COLVERO, 2004)

Em face destas evidências, passamos a nos interrogar se a assistência prestada aos familiares pelos equipamentos de saúde mental estava indo ao encontro de suas reais necessidades. Por exemplo: por que os grupos de atendimento de familiares, depois de determinado tempo, ficam esvaziados? O que dificulta a aderência dos familiares dos portadores de transtorno mental aos tratamentos oferecidos pelos serviços? Não satisfazem as respostas que apontam os familiares como sujeitos resistentes às orientações e, por conseguinte, considerá-los como “maus familiares”, culpando-os pela dificuldade de conviver e ajudar seu familiar com transtorno mental grave. (COLVERO, 2004)

O familiar apresenta-se, ainda, aos serviços como simples “informante” das alterações apresentadas pelo doente mental e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continua a ser o maior projeto de superação (COLVERO, 2004).

A assistência prestada aos portadores nos mostra que os familiares que procuram a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita (COLVERO, 2004)

Um dos pontos mais discutidos sobre a saúde de pacientes com transtornos psíquicos refere-se à autonomia. O consentimento informado reflete a habilidade da pessoa de declarar sua vontade quanto às alternativas terapêuticas com base nos fatos de sua condição informados pelo profissional de saúde. Entretanto, é comum que o doente psicótico não apresente plenas faculdades mentais para ser capaz de opinar conscientemente quanto ao tratamento. Expõe-se, assim, a controvérsia sobre a possibilidade de o paciente com doença mental ter autonomia para tomar decisões conscientes quanto às alternativas terapêuticas que melhor atendam ao seu interesse. Doenças mentais são difíceis de ser diagnosticadas, uma vez que demandam observação e investigação profundas a fim de que seja possível determinar com precisão a condição do paciente. Qualificado como perturbação relevante na cognição,

no comportamento e na regulação emocional, o transtorno mental gera disfunções de natureza biológica, psicológica ou de desenvolvimento, conforme pontuado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Nesse sentido tal perturbação afeta o cotidiano do indivíduo causando prejuízos de ordens diversas (MENDONÇA, 2019).

A relação entre médico e paciente apresenta como condição essencial o consentimento informado, sendo este uma decisão voluntária, tomada pelo paciente a partir de sua capacidade e autodeterminação com base em informações oferecidas pelo profissional de saúde, com o objetivo de receber tratamento específico e ficar ciente de possíveis efeitos e riscos da alternativa terapêutica; assim a capacidade decisória é premissa do consentimento informado. Reconhece-se, portanto, a autonomia do paciente adulto no exercício de suas plenas capacidades quanto à aceitação ou não de determinado tratamento, cabendo ao profissional de saúde deliberar sobre as condições do paciente para a tomada de decisão. Caso o paciente se mostre apto a decidir, o processo de consentimento informado deve seguir conforme o habitual, caso contrário, ficará sob responsabilidade de seu cuidador (MENDONÇA, 2019).

Na literatura científica, os casos graves de transtorno mental recebem diversas denominações: “perturbações comuns que causam grave incapacidade”; “portadores de enfermidades mentais severas”; “casos graves de sofrimento mental”; “transtornos mentais maiores”; “transtornos mentais severos”; “crônicos”; porém as mais usuais são Transtornos Mentais Graves (TMG) ou Transtornos Mentais Severos e Persistentes (TMSP). O Brasil aponta que não há consenso na literatura sobre a definição de TMSP. No entanto, as portarias do Ministério da Saúde classificam pacientes com TMSP como elegíveis para os CAPS. A importância de estudar os transtornos esta em sua evolução prolongada, às vezes por toda uma vida, o que acarreta períodos constantes de incapacidade laborativa e até civil, repercutindo na dinâmica familiar; onde a qualidade de vida fica limitada, produzindo isolamento e exclusão social. Para manter o tratamento desses sujeitos, são necessárias ações intersetoriais e equipe multidisciplinar (MENDONÇA, 2019).

Diante do exposto, pode-se perceber que ainda é muito complexo e confuso determinar o que é um transtorno mental grave diante das diversas denominação existentes, pois além de exigir tempo de acompanhamento por parte do médico e da equipe, também envolver múltiplos fatores como vimos na literatura acima. Contudo, o que consideramos mais relevante seria avaliar o quanto esse transtorno está prejudicando as atividades laborativas e a convivência social e familiar desta pessoa. Com relação aos impactos na

dinâmica familiar, este sem dúvida é um grande problema, uma vez que de fato isso interfere em vários aspectos na dinâmica familiar, gerando conflitos, stress, sobrecarga dentre outros diversos problemas.

Como relatado em uma das entrevistas, a família pode ser de fato peça fundamental na condução do tratamento de seu familiar, agindo tanto positivamente quanto negativamente no tratamento, ficou claro que um dos entrevistados tem sérios problemas de relacionamento com sua mãe, estes problemas dificultam muito o tratamento do mesmo no CAPS, pois de um lado a mãe só enxergava a internação como opção de melhor tratamento, sendo isto uma fragilidade e agravante na condução do caso, o que tornou-se uma grande dificuldade para equipe em propor mudanças no ambiente familiar para construção do PTS do paciente. Aos poucos conseguimos articular a saída da mãe com seu marido e filho caçula da casa deixando o paciente morar sozinho e reduzindo as brigas diárias, que acabavam resultando em polícia, bombeiros e internações recorrentes. O CAPS, desde então assumiu a entrega do almoço por meio de marmita, levando diariamente até a residência do mesmo, e fez o cadastro no CRAS para recebimento da cesta básica de alimento, bem como a medicação domiciliar, que antes era tarefa da mãe. Com isso, sem dúvida, conseguimos reduzir danos, no sentido de evitar recorrentes internações, criar maior vínculo com paciente; contudo o mesmo não aceitou participar das oficinas atuais no CAPS, esperamos que ao iniciar as aulas de jiu jitsu o mesmo aceite participar. Também demos entrada no BPC para então providenciar a assinatura da internet, a compra de um computador e celular, bem como a possibilidade de uma faculdade EAD na UNOPAR Unidade de Paranaíba, em “Análise e desenvolvimento de Sistemas” ou de “Computação em Nuvem” para o mesmo. Vale ressaltar que não havíamos entrado com auxílio do BPC, pois o paciente não aceitava ser interditado e ter a mãe como sua cuidadora, somente após essa aceitação e a saída da mãe da residência é que o paciente aceitou esta situação; e assim seguimos aguardando.

Percebemos que, tanto o paciente quanto a mãe, o padrasto e seu irmão caçula já estavam cansados e esgotados de tantas brigas, onde sem dúvida estas famílias também precisam ser tratadas e acolhidas dentro dos CAPS, não apenas para receber orientações e nos fornecer informações como também para receber apoio, acolhimento e tratamento.

Por isto o grupo de família implantado no CAPS veio de encontro com a necessidade gritante destas famílias em receber apoio e orientações de como agir e conduzir suas vidas, tendo um membro da família com transtorno mental grave. Claro que não tivemos ainda uma grande adesão de todos os familiares, sendo ainda uma fragilidade e desafio, pois um dos

motivos seria o horário dos grupos, devido ser o mesmo horário de trabalho de alguns familiares, mas estamos vendo a possibilidade de articular um horário fora do horário comercial para poder atender esta demanda.

#### **5.4 MEDICALIZAÇÃO**

O tratamento farmacológico da esquizofrenia iniciou-se com a descoberta dos medicamentos chamados de antipsicóticos, capazes de melhorar os sintomas dos pacientes portadores dessa síndrome. Como qualquer outro medicamento, os antipsicóticos também apresentam efeitos colaterais tipo motor, hormonal e autonômico. Os principais efeitos colaterais ocorrem no sistema motor extrapiramidal, produzindo sintomas de parkinsonismo (caracterizado por rigidez muscular, tremores, redução da expressão facial e lentidão de movimentos), acatisia (sentimentos de desassossego, inquietação, ansiedade e agitação), discinesia tardia (movimentação repetitiva e incontrolável na região da boca e lábios, às vezes em outra parte do corpo), distonia aguda (espasmo muscular dos olhos, língua, pescoço e tronco), “síndrome neuroléptica aguda”(caracterizada por rigidez muscular, febre, sudorese excessiva e alterações do batimento cardíaco e da pressão arterial). Outros efeitos colaterais centrais dessas substâncias ocorrem no sistema neuroendócrino, produzindo alterações na secreção de alguns hormônios hipofisários que resultam em sintomas como ginecomastia (desenvolvimento de glândulas mamárias em homens), galactorréia (formação do leite em mulheres) e amenorréia (bloqueio da menstruação e conseqüentemente da ovulação) (ALVES, 2001).

Os antipsicóticos também afetam o sistema nervoso autônomo, porque bloqueiam os receptores colinérgicos (tipo muscarínico) e adrenérgicos (alfa-adrenoceptores tipo 1), causando os seguintes sintomas: secura da boca e da pele, midríase, dificuldade de acomodação visual, taquicardia, constipação intestinal, retenção urinária, hipotensão arterial e hipotensão postural. drogas, apesar de não interferirem na ereção, inibem a ejaculação, e causam sedação e sonolência. Desses efeitos colaterais, os sintomas extrapiramidais são os mais frequentes, e podem ser tratados com diminuição ou substituição do antipsicótico, ou ainda com o uso associado de medicamentos específicos, tais como: a) medicamentos antiparkinsonianos como o biperideno; b) medicamentos que diminuem a ansiedade como o diazepam; c) medicamentos com propriedades antihistamínicas como a prometazina; ou d) beta-bloqueadores como o propranolol (ALVES, 2001).

Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017) denunciam as implicações da intervenção psiquiátrica na sociedade, indicando que as últimas versões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) conferem centralidade aos processos fisiológicos em detrimento do desenvolvimento social do psiquismo humano, ou seja, os indivíduos são reduzidos a um desequilíbrio químico. A acusação de Whitaker (2017, p. 63) esmiúça dados e fatos ocultos sobre o percurso histórico em que a psiquiatria se auto consolidou enquanto proprietária de um avanço científico e, também, em relação ao diagnóstico e tratamento psiquiátrico preciso e confiável: “A revolução psicofarmacológica nasceu de uma parte de ciência e duas partes de racionalização do desejo, confundido com realidade”. A crítica realizada por Freitas e Amarante (2015) aponta para a desresponsabilização da sociedade, na medida em que medicaliza-se o sofrimento psíquico, ao invés de transformar os fatores estruturais do adoecimento.

Enfaticamente, manuais como a WHO (2002) afirmam a efetividade dos avanços no tratamento medicamentoso da esquizofrenia, em que aproximadamente metade dos indivíduos alcança a recuperação e pode ser reintegrada à sociedade. Apesar de proclamarem os progressos, a WHO (2002) aponta que não há comprovação da eficácia dos antipsicóticos de segunda geração (ou atípicos), mas que há variações nos seus efeitos colaterais clássicos.

Whitaker (2017) apresenta que as pílulas mágicas da psiquiatria foram descobertas no contexto da Segunda Guerra Mundial. A primeira geração das drogas psicofarmacológicas ou típicas começou com a clorpromazina, inicialmente desenvolvida como um relaxante muscular. Em sequência, se percebeu a função colateral da clorpromazina, um potente tranquilizante, dando origem aos antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos. A hipótese dopaminérgica, um dos modelos bioquímicos para explicar a esquizofrenia, surge da consideração que a anfetamina, droga estimulante do sistema nervoso central, que estimula a liberação da dopamina, desencadeia alucinações e delírios que aumentam a atividade dopaminérgica, logo, as psicoses poderiam ser resultado do excesso dos níveis dopaminérgicos. Esta hipótese foi descartada por pesquisadores mencionados por Whitaker (2017, p. 89 e 90) e, apesar das comprovações de que este fator é um efeito iatrogênico, ou seja, consequência da própria ação medicamentosa, esta informação seguiu sendo repassada.

Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017) questionam a incompatibilidade entre a proclamação de avanços da psiquiatria e o drástico aumento do diagnóstico de doenças mentais e conseqüente invalidez. Os autores apresentam a hipótese: a medicação psiquiátrica estaria aumentando a epidemia de diagnósticos psicopatológicos? Exibem uma série de

estudos que evidenciam que as drogas não normalizam as vias neurotransmissoras, mas as transtornam em níveis prejudiciais quando utilizadas por longo prazo.

Os questionamentos que julgamos relevantes são: Qual o papel dos psicotrópicos? Eles estariam contribuindo para a cronicidade? Quais as consequências de admitir tais resultados? Em concordância com o alerta de Gotzsche (2016) consideramos que a utilização dos antipsicóticos deve ser discriminada, quando realmente for a melhor opção, observando o tempo de administração do remédio, a dosagem, em conjunto com ações de cuidado psicossocial. Destacamos que ao observar somente o resultado dos remédios em curto prazo, desconsideramos os aspectos duradouros da vida do indivíduo e estamos analisando a aparência do fenômeno, ignorando a totalidade do cuidado terapêutico.

Freitas e Amarante (2015) e Whitaker (2017) apontam que o papel iatrogênico da medicação gerou a construção social de uma nova cronicidade. Ou seja, afirmam que o tratamento oferecido pela medicação psiquiátrica tem mantido indivíduos em situação de sofrimento psíquico. Assim compreendo que é imperiosa a necessidade de estudos que forneçam uma base sólida como alternativa complementar, ou até mesmo substitutiva, que proporcionem estratégias de cuidado aos indivíduos adoecidos, rompendo com o tratamento hegemônico, que biologiza e individualiza o adoecimento. Ao tratar da nova cronicidade e das alternativas substitutivas, recorreremos ao papel historicamente ocupado pela Reforma Psiquiátrica.

Para finalizar apontamos a importância de estudos que abordem o abuso de medicamentos psicotrópicos em indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e seus efeitos colaterais e em longo prazo. Já existem propostas que circunscrevem alternativas para a desmedicalização das manifestações do sofrimento psíquico: as que são fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica com a Antipsiquiatria; as citadas por Freitas e Amarante (2015), Whitaker (2017); o seminário organizado pela Fiocruz, em 2018, com o tema “A epidemia das drogas psiquiátricas – as evidências científicas para desmedicação segura e eficaz”; estratégias como o Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação, organizado pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental; e o Grupos de ouvidores de vozes, fomentado pela Intervocie (Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes), uma organização sem fins lucrativos registrada no Reino Unido, que distribui informações a respeito dessa forma de alteração perceptiva.

As pessoas podem ter sintomas terríveis quando tentam parar com determinado medicamento, tanto sintomas que se assemelham à doença como muitos outros que nunca

sofreram antes. É muito infeliz que quase todos os psiquiatras e os próprios pacientes interpretem isso como um sinal de que ainda precisam do medicamento; geralmente não precisam e tornaram-se dependentes (GOTZSCHE, 2016).

A maioria dos pacientes psiquiátricos ficaria melhor se não recebesse medicamento algum e aqueles que necessitam de tratamento geralmente apenas precisam dele por um curto tempo ou de maneira intermitente. Os psiquiatras deveriam considerar que outros especialistas médicos, diferentemente dos psiquiatras, relutariam muito em oferecer tratamento sintomático de longa duração sem saber o que se encontra por trás dos sintomas, por exemplo, se um paciente sofre de náusea ou dor de cabeça. Entretanto, exige forte determinação, tempo, paciência e um período de diminuição gradativa para retirar o medicamento dos pacientes e minimizar os sintomas de abstinência. Se os pacientes usaram medicamentos durante anos, o período de diminuição gradativa pode durar até um ano inteiro. A maioria dos psiquiatras escolhe tratamentos para a vida toda, o que é um desastre por muitas razões (GOTZSCHE, 2016).

Isso mantém os pacientes trancados no papel de paciente e os medicamentos mudam sua personalidade, de modo que não aprendem a lidar com os desafios da vida. Também parece provável que não apenas os antipsicóticos, mas todos os medicamentos podem causar danos permanentes ao cérebro e mudanças permanentes de personalidade, como discinesia tardia, declínio cognitivo e apatia emocional. Foi demonstrado que danos cerebrais ocorrem em nível de receptores e não há nada estranho com isso, pois é como o cérebro funciona (GOTZSCHE, 2016).

O haxixe, o LSD e outras substâncias cérebro-ativas também podem levar a danos permanentes no cérebro e a psicose. O fato de que os medicamentos psicotrópicos em longo prazo criam as doenças sobre as quais têm efeito em curto prazo foi levantado repetidas vezes nos últimos 30 a 40 anos, mas todas as vezes, não importava o quão forte fosse a nova evidência, importantes psiquiatras varreram-no para baixo do tapete tão rapidamente quanto possível. Depois que deixaram a psicanálise para trás, que era terrivelmente não científica (GOTZSCHE, 2016).

Assim como o tratamento farmacológico pode auxiliar, a psicoterapia também contribui no tratamento da esquizofrenia, como tratamento coadjuvante. Mesmo quando a droga alivia os sintomas psicóticos, o paciente esquizofrênico tem extrema dificuldade em estabelecer contatos sociais e sua formação profissional se encontra também prejudicada devido à idade de início da doença (final da adolescência e início da fase adulta). A

psicoterapia de enfoque social pode melhorar o desempenho psicossocial, ajudando o paciente em seus relacionamentos pessoais, profissionais e principalmente familiares. Esse tratamento pode tomar várias formas: terapia de suporte individual, terapia de grupo, terapia educativa, terapia familiar, treinamento social e treinamento vocacional. Todas elas têm como objetivo o treinamento de habilidades para facilitar a vida em sociedade dos pacientes diagnosticados como esquizofrênicos (ALVES, 2001).

Trazendo este assunto de medicalização para a intervenção realizada no CAPS I de Paranaíba; vale ressaltar que os três pacientes entrevistados, relataram em suas falas, que sentem reações adversas com uso dos antipsicóticos, como o haloperidol, haldoldecanoato injetável e a clorpromazina, sendo que em especial o paciente E 01 chegou ao ponto de não querer fazer uso de toda medicação prescrita, alegando estar bem com a dose que ele mesmo decidiu tomar, e principalmente devido os efeitos colaterais dos quais ele não gostava; para este paciente em questão estava prescrito 5 ampolas de haldodecanoato a cada 21 dias, ele relatou que os piores eram agitação, taquicardia, tremores e os repuxamentos nos olhos e boca. Neste caso em especial houve um acordo entre médico, paciente, familiar e a farmacêutica do CAPS, onde foi feita uma experiência, onde o médico disse que iria observar por um período essa mudança na prescrição, a fim de constatar se realmente a quantidade que o paciente aceitou tomar resolveria ou manteria seu quadro estável, para otimizar os impactos em sua vida diária, bem como melhorar sua qualidade de vida e estabilizar seu quadro de transtorno mental, respeitando sua autonomia de decisão e a inclusão social; informamos que até o presente momento o paciente encontra-se estável, está sendo monitorado diariamente pela equipe durante a entrega domiciliar das marmitas e da medicação assistida.

Esta decisão gerou algumas discussões entre a equipe técnica de profissionais do CAPS, alguns acharam a redução da medicação perigosa, por ser um paciente de esquizofrenia paranoide, extremamente agressivo, com histórico de várias internações e surtos de agressividade. Contudo, por fazer 11 meses que o paciente já estava sem ter crises, não sendo mais internado desde então, colaborativo, mesmo que tenha parado com alguns medicamentos por conta própria, ele aceitou continuar com os demais medicamentos sob forma de medicação assistida domiciliar com a farmacêutica do CAPS. Enfim, a equipe, após discussão, entrou em comum acordo para otimização de medicação e conseqüentemente a desprescrição de alguns medicamentos que estavam causando efeitos colaterais no paciente.



## 5.5 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A política de saúde mental no Brasil evoluiu e evolui de forma lenta, em que pese a existência de dispositivos legais que estabelecem diretrizes de considerável eficácia. Mesmo que enfrentamos as conhecidas dificuldades impostas pelo sistema de saúde pública no Brasil, não há dúvidas que o cenário psiquiátrico brasileiro vem evoluindo de forma satisfatória (CAMPOS, 2019).

A exemplo disso, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados por nosso país vem modificando substancialmente a estrutura da assistência em saúde mental, com a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas, por um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização - cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura satisfatória (JUNIOR, 2007).

No entanto, a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica tem trazido à tona uma quantidade enorme e crescente de desafios que precisam ser incorporados aos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, bem como necessitam de uma melhor atenção dos gestores. Para isso, teremos como desafio fundamental a formação de recursos humanos, pois a maior parte dos novos profissionais da rede é formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial, os quais possuem uma visão geral do sistema, quando se mostra a necessidade de uma capacitação específica e humanizada satisfatória (JUNIOR, 2007).

Destaca-se, entre os pontos principais, as novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, todos esses são temas cruciais para a formação de profissionais capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pela reforma psiquiátrica (CAMPOS, 2019).

Não basta buscar apenas a aceitação de uma nova política assistencial, há grandes e importantes desafios neste campo, como o de produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico, ou seja, promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os

por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua saúde mental fragilizada e adoecida (CAMPOS, 2019).

Em suma, não há dúvidas que o desafio imposto pela Reforma Psiquiátrica impõe e exige a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica - elemento indispensável para a superação das imensas dificuldades inerentes ao trabalho (desvalorização do servidor público, investimentos aquém do necessário) e para a sustentação de uma prática de cuidados que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta deles. Só isto permitirá manter a esperança de construção de uma nova atitude epistemológica e ética frente ao fenômeno da loucura. O movimento antimanicomial é uma das formas de luta contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença, isto nada mais é do que dar dignidade ao assistido (JUNIOR, 2007).

Logo, um dos dispositivos da Política de Saúde Mental que visam garantir a resolutividade dos atendimentos oferecidos ao paciente na Rede de Atenção Psicossocial, seria a garantia da educação permanente em saúde para todos os trabalhadores do SUS, porém o ideal seria para todos os trabalhadores em saúde. Contudo, isso ainda está muito longe de se conquistar. Como podemos perceber, as Políticas de Saúde Mental existem e contemplam muito bem todos os cuidados que devem ser tomados para garantir os atendimentos ao paciente na Rede de Atenção Psicossocial. Contudo a resolutividade está também entrelaçada a outros fatores que vão além dos dispositivos ofertados que é o comprometimento profissional que muitas vezes não depende somente se este mesmo profissional esta ou não capacitado para o exercício de sua função, principalmente quando se trata de pacientes portadores de transtorno mental, que exigem uma escuta qualificada, para podermos avaliar atentamente e se necessário, encaminhar o paciente livre de preconceitos e julgamentos e principalmente com resolutividade. Esta foi sem dúvida uma das maiores dificuldades enfrentadas neste projeto de intervenção, sendo listada como uma fragilidade da equipe, pois alguns profissionais do CAPS I de Paranaíba ainda não conseguem enxergar o paciente como um sujeito adoecido que precisa de tratamento, de acolhimento sem preconceito e livre de julgamento. Ainda enfrentamos problemas neste nível dentro da equipe; bem como também enfrentamos problemas com despreparo e falta de conhecimento teórico e prático para o exercício da função de alguns profissionais, o que é justificado, devido a contratação de profissionais sem ter qualificação e ou experiência com saúde mental, sendo necessária a

implantação de educação permanente com a equipe a fim de solucionar urgentemente este problema. Este tema será a próxima intervenção, haja vista que estamos com quatro profissionais do CAPS I de Paranaíba concluindo a pós-graduação em saúde mental e atenção psicossocial, e ainda temos várias intervenções pela frente para desenvolver em nosso ambiente de trabalho.

Com relação a este projeto de intervenção, foi realizado a reunião para apresentação do projeto, teve uma boa aceitação de todos, à medida que foram sendo realizadas as intervenções, com a criação das novas oficinas e chegada de novos profissionais da secretaria municipal de cultura, houve uma certa preocupação da equipe pelo fato destes profissionais nunca terem trabalhado com pacientes de saúde mental, mas sempre estavam acompanhados pelos profissionais do CAPS para darem suporte e facilitar o vínculo com os pacientes. Foi sem dúvida uma troca de experiência e de saberes que resultou em um trabalho muito gratificante do ponto de vista pessoal e profissional, onde agregou vários saberes e motivou a equipe para buscar novas atividades despertando a criatividade entre eles; bem como trouxe de volta para as oficinas alguns pacientes que estavam afastados há algum tempo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto com objetivo de implementar ações que favorecessem a adesão de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia ao CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial de Paranaíba buscou parcerias com diversos serviços, sendo eles na área da cultura, do esporte, do lazer, do serviço social, sendo possível concluir que o serviço articulado em rede com vários outros serviços, possibilita um trabalho intersetorial se tornando um fator decisivo para garantir um atendimento com maior resolutividade atendendo a integralidade como preconiza os princípios do SUS. Foi possível implementar ações que contemplassem o objetivo do presente projeto de intervenção, como também foi possível beneficiar os demais pacientes que frequentam o serviço em busca de tratamento para seu sofrimento mental.

Este projeto de intervenção visou diminuir o sofrimento, buscando alternativas para uma maior adesão dos pacientes esquizofrênicos ao tratamento no CAPS I, bem como identificou o motivo desta falta de adesão para melhor atendê-los através da elaboração do projeto terapêutico singular e assim promover um fortalecimento de vínculo entre pacientes, familiares e profissionais do CAPS I. Contudo, ainda não foi possível a adesão dos pacientes entrevistados nestas novas atividades em oficinas terapêuticas, que foram implantadas como proposta de intervenção. Vale ressaltar que eles participavam apenas das consultas médicas e medicação assistida domiciliar pelo CAPS e assim continuam, contudo conseguimos maior vínculo com seus familiares e a participação destes familiares nos grupos de família. Entretanto, por mais que eles não aderiram às novas oficinas no CAPS; avançamos em outros aspectos, como exemplo, no caso de um paciente que aceitou receber em sua casa as aulas de desenho, contudo não foi possível ainda providenciar o profissional para estar desenvolvendo esta atividade domiciliar, mas o CAPS forneceu os materiais de desenho e pintura para o paciente continuar a desenhar em casa sozinho, como já vinha fazendo, enquanto aguardamos uma resposta da secretaria municipal de cultura.

Por outro lado, obtivemos com êxito a participação de outros pacientes com outros diagnósticos, que também não aderiam ao tratamento no CAPS e passaram a participar destas novas oficinas.

O CAPS está aguardando a UFMS iniciar o grupo de ouvintes de vozes, assim como também está aguardando uma resposta sobre as aulas de jiu jitsu e o início do curso no sindicato rural de jardinagem e horta, previsto para segundo semestre deste ano, além das aulas de pintura desenho também previstas para ter início a partir de julho de 2022. Com isso,

espera-se conseguir uma maior adesão dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia no CAPS I de Paranaíba, haja vista que estas atividades foram implantadas após identificação do interesse dos mesmos durante as entrevistas.

Ao longo do projeto de intervenção tivemos muitas discussões entre a equipe, onde muitos concordaram, alguns discordaram com as propostas de intervenções sugeridas e assim fomos crescendo e construindo nosso processo de trabalho em equipe, sempre pensando no bem estar do paciente e dando oportunidade de todos opinarem de forma coletiva até conseguirmos entrar em comum acordo nas decisões e assim partir para as ações.

Diante do resultado, a equipe já está se mobilizando para novas alternativas, visando a adesão nas oficinas terapêuticas, haja vista que o paciente portador de esquizofrenia não aderiu as novas oficinas implantadas no CAPS. Uma alternativa seria o profissional realizar oficina domiciliar, na tentativa de fortalecer o vínculo e posteriormente conseguir levar o paciente a frequentar alguma das oficinas do CAPS, porém esta será uma nova proposta que ainda será trabalhada e discutida em equipe.

Por fim deixo aqui minha contribuição, onde desde o início da pós-graduação em saúde mental e atenção psicossocial e posteriormente o início da intervenção, foram muitas transformações ocorridas na equipe multiprofissional do CAPS, e também comigo, enquanto aluna e coordenadora do CAPS I de Paranaíba, sendo transformações pessoais e profissionais que deram espaço para ampliação dos saberes e da construção coletiva; do saber ouvir; de concordar ou discordar com sugestões e apontamentos da equipe, de aprender a construir uma análise crítica e reflexiva dos assuntos abordados a cada encontro com a equipe para discussão de casos e de propostas de intervenção; e acima de tudo me fez enxergar, que é possível sim, fazer transformações dentro do nosso ambiente de trabalho e dentro de nossa governabilidade, sem esperar por maiores investimentos por parte da gestão. Aprendizado este que se adquire somente na prática da coletividade e que será levado para as próximas inúmeras intervenções que ainda iremos realizar, no dia a dia de nossa prática no serviço em saúde mental; pois dentro do serviço estaremos sempre na busca incessante de aperfeiçoamento, através da educação permanente, colocando em prática toda reforma psiquiátrica iniciada há anos e concretizada com a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, mantendo viva a força do movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) contra os maus tratos da época e a exclusão e em favor dos serviços substitutivos às internações, e um deles é o CAPS I de Paranaíba-MS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. R. R.; SILVA, M. T. A. **A Esquizofrenia e seu tratamento farmacológico.** Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 18, n. 1, p. 12-22, janeiro/abril 2001.

ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos do humor.** Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Medicina, Botucatu, São Paulo: 2018.

APA American Psychiatric Association. **DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: 2014. Artmed. Brasil (2013a) Ministério da saúde. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia. Portaria SAS/MS nº 364. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdtesquizofrenia-livro-2013.pdf>. Acesso em: 18 de Setembro de 2019.

BRASIL (2013b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental Cadernos de Atenção Básica, nº 34.** Brasília: 2013.

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

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Brasília: 2021, Acessado em maio de 2021, disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/paranaiba/panorama>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 04 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336, de 19 de Fevereiro de 2002.** Estabece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 02 de Abril de 2022

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Gabinete do Ministro. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 22 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF. Gabinete do Ministro. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 22 dez. 2021.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Saúde mental no Brasil: Avanços, retrocessos e desafios**. Cadernos de Saúde Pública: 2019; 35(11):e00156119.

COLVERO, Luciana de Almeida. IDE, Cilene Aparecida Costardi. ROLIM, Marli Alves. - **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Rev Esc Enferm USP, 2004; 38(2):197-205.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. **Uma breve reflexão sobre a integralidade**. Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 532-7. Artigo extraído de Monografia de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Regional Integrada do Alto do Uruguai e das Missões, Santo Ângelo, RS.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavone; GRANJA, Gabriela Ferreira; ERMEL, Regina Célia. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras**. Rev Esc Enferm USP- 2011; 45(5):1135-41. Disponível em: [www.ee.usp.br/reecusp/](http://www.ee.usp.br/reecusp/). Acesso em: 02 de Abril de 2022.

Freitas, F. & Amarante, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: 2015.

GARCIA, Leandro Martin Totaro, MAIO, Iadya Gama, SANTOS Taynã Ishii dos, FOLHA, Catarina Bourlinova de Jesus Cunha, WATANABE, Helena Akemi Wada. **Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das Experiências**. Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, OUT-DEZ. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140083.

Gotzsche, P. C. (2016) **Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica** [recurso eletrônico]. Tradução: Ananyr Porto Fajardo ; revisão técnica: Daniel Knupp Augusto. – Porto Alegre : Bookman.

JUNIOR, Benilton Bezerra. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

MENDONÇA, Suzana Maria (Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal). **Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais**. Revista Bioética Print version ISSN 1983-8042 On-line version ISSN 1983-8034 Rev. Bioét. vol.27 no.1 Brasília Jan./Mar. 2019. Doi: 10.1590/1983-80422019271285.

Minas Gerais: 2007 Secretaria do Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Linha Guia da Saúde Mental. 2. Ed. Belo Horizonte: SAS/MG.

Oliveira, R.M, Facina P.C.B.R, Júnior, A.C.S. **A realidade do viver com esquizofrenia**. Rev Bras Enferm, Brasilia 2012 mar-abr; 65(2): 309-16.

OMS (2012) Organização Mundial de Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão**. São Paulo: EDUSP.

Whitaker, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o assombroso aumento da doença mental.** [2010] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

WHO (World Health Organization). Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.



## APÊNDICE A – MODELO DE QUESTIONÁRIO APLICADO

### **Roteiro para entrevistas com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia com a finalidade de criar estratégias para favorecer a adesão ao CAPS I de Paranaíba-MS.**

- 1- Quais são os moradores da sua residência? Com quem você tem maior vínculo na família?
- 2- Quais foram os primeiros sintomas relacionados à saúde mental, com que idade, quais aspectos da vida estavam em destaque quando isso surgiu?
- 3- Quais principais mudanças na vida cotidiana após as primeiras crises e confirmação do diagnóstico de esquizofrenia?
- 4- Sua família entende o seu problema de saúde mental? Como eles lidam com essa situação?
- 5- Quais locais você já realizou o tratamento? com quais profissionais você teve contato?
- 6- Você já foi internado em hospital psiquiátrico? quantas vezes? como foi cada uma das internações? com que idade? quais os benefícios e/ou prejuízos das internações? as internações foram voluntárias, involuntárias ou compulsórias?
- 7- Qual motivo desencadeou a crise em cada uma das internações? Você ouviu vozes? O que elas te falam?
- 8- Você estudou até que série? Como foi sua vida escolar e relacionamento com alunos e professores?
- 9- Quais atividades profissionais já desempenhou? Quais você mais se identificou? Atualmente você tem alguma atividade profissional? Quais são de seu interesse hoje?
- 10- Quais projetos estão em desenvolvimento hoje na sua vida? Quais sonhos, metas você consegue visualizar para o futuro?
- 11- O que você acha do tratamento oferecido pelo CAPS I de Paranaíba?
- 12- Porque você não participa das oficinas Terapêuticas e demais serviços ofertados pelo CAPS I?
- 13- Quais atividades e ou oficinas gostaria de fazer no CAPS I de Paranaíba que não são desenvolvidas?
- 14- Quais profissionais você tem mais contato, vínculo no CAPS I? Qual sua relação, vínculo com os demais profissionais do CAPS?

15- Quais medicamentos foram prescritos atualmente e que você está fazendo uso contínuo?

16- Qual benefício ou malefício você percebeu com a medicação prescrita para seu tratamento de esquizofrenia? Você tem algum motivo para não fazer uso contínuo desta medicação.