



CIÊNCIA & CIDADANIA

| V. 2 - Nº 2 - 2016 | Editora: Unibave |





Centro Universitário Barriga Verde

Orleans – Santa Catarina – Brasil

<http://www.unibave.net>

Periódico eletrônico mantido pelos grupos de pesquisa:

Núcleo de Pesquisa do Curso de Direito – NUPEDI

Núcleo de Pesquisa de Práticas Pedagógicas Criativas e Inclusivas – NUPCI

Núcleo de Estudos Aplicados à Saúde – NEAS

Núcleo de Pesquisa em Tecnologia e Informação – NUTEC

Núcleo de Pesquisa em Ciências Agroveterinárias e Ambientais – PACA

Núcleo de Pesquisa em Administração e Ciências Contábeis – NUPAC

Endereço Eletrônico:

periodicos.unibave.net

Correio Eletrônico:

cienciaecidadania@unibave.net

Editora:

UNIBAVE

Catálogo na fonte elaborada pela Biblioteca Universitária
Centro Universitário Barriga Verde – Orleans –SC

C569

Ciência e Cidadania / Centro Universitário Barriga Verde -
v.1, n.1. Jan/Jun, (2015). - Orleans, (SC): UNIBAVE, 2016 - v.
2, n. 2. Jul./Dez. 2016.

Semestral

ISSN: 2447-5270 (Versão on-line)

Modo de acesso: <http://periodicos.unibave.net>

1. Interdisciplinar. 2. Centro Universitário Barriga Verde –
UNIBAVE. 3. PROPPEX. 4. Revista Eletrônica. I Título.

CDD: 070.572

Índice para catálogo sistemático:

- 1 - 050.981 - Periódicos brasileiros.
- 2 - 011.54 - Publicações de Universidades e Faculdades
- 3 - 050 - Publicações seriadas

Editor(a)

Profa. Dra. Ana Paula Bazo, UNIBAVE

Conselho Editorial

Prof. Esp. Elcio Willemann, UNIBAVE
Prof. Dr. Guilherme Valente de Souza, UNIBAVE
Prof. Me. Leonardo de Paula Martins, UNIBAVE
Profa. Dra. Marlene Zwierewicz, UNIBAVE
Prof. Dr. Dimas Ailton Rocha, UNIBAVE
Profa. Dra. Karina Donadel Carvalho, UNIBAVE

Comissão Científica *ad hoc*

Prof. Dr. Adalberto Alves de Castro, UNIBAVE
Prof. Me. André Freccia, UNIBAVE
Profa. Dra. Andressa Corneo Gazola, UNIBAVE
Profa. Esp. Camila Lopes Eckert, UNIBAVE
Prof. Me. Cláudio Sérgio da Costa, UNIBAVE
Prof. Me. Diego Lentz Meller, UNIBAVE
Profa. Ma. Glauceza Warmeling Duarte, UNIBAVE
Profa. Ma. Greice Lessa, UNIBAVE
Prof. Dr. Guilherme Doneda Zanini, UNIBAVE
Prof. Me. Idemar Ghizzo, UNIBAVE
Prof. Me. Ismael Dagostin Gomes, UNIBAVE
Profa. Ma. Janaina Veronezi Alberton, UNIBAVE
Profa. Ma. Joélia Walter Sizenando, UNIBAVE
Prof. Esp. José Augusto Alves Júnior, UNIBAVE
Prof. Dr. Josué Alberton, UNIBAVE
Profa. Esp. Karla Pickler Cunha, UNIBAVE
Profa. Ma. Lorena Paratella Zuppo, UNIBAVE
Prof. Esp. Luiz De Noni, UNIBAVE
Profa. Ma. Luiza Liene Bressan, UNIBAVE
Prof. Dr. Mauro Maciel de Arruda, UNIBAVE
Profa. Ma. Miryan Cruz Debiasi, UNIBAVE
Prof. Me. Nacim Miguel Francisco Júnior, UNIBAVE
Prof. Esp. Pedro Zilli Neto, UNIBAVE
Profa. Dra. Rose Maria Adami, UNIBAVE
Prof. Me. Rovânio Bussolo, UNIBAVE
Profa. Dra. Solange Vandressen, UNIBAVE
Profa. Ma. Vanessa Isabel Cataneo, UNIBAVE

Capa

Leonardo de Bitencourt
Marcos Dalmoro

Editoração Eletrônica

Profa. Dra. Ana Paula Bazo, Unibave, UNIBAVE
Prof. Me. Leonardo de Paula Martins, UNIBAVE
Paulo André Doneda Jung, UNIBAVE

Bibliotecária

Viviani Zilli (CRB-SC 1470)

EDITORIAL

Apresentamos a edição número 2, do volume 2, de 2016, da Revista Ciência e Cidadania. A edição atual é composta por 14 artigos, os quais divulgam resultados de atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão nas diversas áreas do conhecimento.

Os três artigos da seção Engenharias são relatos de pesquisas voltadas à otimização de custos, um deles faz uma análise de custos do processo de troca de pneus em uma máquina de uma empresa de minério de carvão, o segundo compara dois tipos de concreto em uma construção de um edifício comercial e o terceiro relata o processo de desenvolvimento de um sistema gerencial para o controle de estoque e perdas para supermercado.

Compondo a seção de Ciências da Saúde, temos quatro artigos, três na área de saúde mental e um na área de fisioterapia, mais especificamente tratando de reabilitação pulmonar. Na seção das Ciências Agrárias, são dois trabalhos, um deles trata das tecnologias voltadas ao manejo e tratamento de dejetos da suinocultura, a partir de uma revisão da literatura e outro discorre acerca da importância da mulher no desenvolvimento do agroturismo no município de Santa Rosa de Lima – SC.

Na seção Ciências Sociais Aplicadas, dois artigos são da área de administração, um deles aborda a influência da crise econômica atual no processo de admissão e demissão de uma empresa de molduras, e o outro faz um relato das práticas de responsabilidade social em uma cooperativa de eletrificação. Ainda nessa seção, apresentam-se dois estudos da área do Direito, os quais trabalham os temas: “Situação legal e ética em torno do procedimento de Gestação em Barriga de Aluguel” e “O controle do poder judiciário nas políticas públicas de saúde” Finalizando essa edição, a seção de Ciências Humanas traz um artigo que trata da educação ambiental, a partir de uma perspectiva interdisciplinar.

Boa leitura!

Ana Paula Bazo

Editora da Revista Ciência e Cidadania.

SUMÁRIO

ENGENHARIAS	07
ANÁLISE DE CUSTOS DO PROCESSO DE TROCA DE PNEUS DA MÁQUINA LHD EM UMA EMPRESA DE MINÉRIO DE CARVÃO (<i>Juliano Lotti; Berto Varmeling; Mário Sérgio Bortolatto; José Manoel de Souza; Claiton Uliano; Alessandro Cruzetta; Dimas Ailton Rocha; Solange Vandresen; Glauceca Warmeling Duarte</i>)	08
ESTUDO COMPARATIVO DE CUSTOS ENTRE O CONCRETO USINADO CONVENCIONAL E O CONCRETO USINADO AUTOADENSÁVEL EM PAREDES DE CONCRETO ARMADO: O CASO DA CONSTRUÇÃO DE UM EDÍFICIO COMERCIAL DO SUL DO ESTADO DE SANTA CATARINA (<i>Júlio Preve Machado; Camila Lopes Eckert; Glauceca Warmeling Duarte; Josué Alberton; João Paulo Mendes</i>)	19
SGEPS - SISTEMA GERENCIADO DE ESTOQUE E PERDAS PARA SUPERMERCADO (<i>Diego Peters; Ismael Mazzuco; Josué Alberton; Nacim Miguel Francisco Junior</i>)	39
CIÊNCIAS DA SAÚDE	52
A ESQUIZOFRENIA SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES E DA EQUIPE DE ENFERMAGEM (<i>Janieli Luckmann; Ana Paula Bazo; Adriana Zomer de Moraes; Greice Lessa</i>)	53
A TRAJETÓRIA DOS USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS EM UMA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO NO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Sabrina Buss de Souza; Greice Lessa; Cláudio Sérgio da Costa; Adalberto Alves de Castro; Rodrigo Moraes KrueI</i>)	73
AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO ATRAVÉS DO ÍNDICE BODE DA DPOC EM PACIENTES PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR (<i>Ana Claudia Medeiros da Silva; Rodrigo Moraes KrueI; Greice Lessa; Adalberto Alves de Castro; Claudio Sérgio da Costa</i>)	90
O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA EM SAÚDE METAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Raul Ricken de Oliveira; Rodrigo Moraes KrueI; Claudio Sérgio da Costa; Adalberto Alves de Castro; Greice Lessa</i>)	101
CIÊNCIAS AGRÁRIAS	118
ATUAIS TECNOLOGIAS NO MANEJO E TRATAMENTO DE DEJETOS DA SUINOCULTURA NO ESTADO DE SANTA CATARINA (<i>Anilce de Araújo Brêtas; Bruna Valim</i>)	119

O PAPEL DA MULHER NO DESENVOLVIMENTO DO AGROTURISMO NO MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE LIMA (SC) (<i>Karine Heidemann; Teresinha Baldo Volpato</i>)	137
CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS	154
A CRISE ECONÔMICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NOS PROCESSOS DE ADMISSÃO E DEMISSÃO DA EMPRESA MOLDURARTE (BRAÇO DO NORTE - SC) (<i>Heverton Ferreira; Alessandra Knoll; Vanessa Michels</i>)	155
A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL: UM ESTUDO NA COOPERATIVA DE ELETRIFICAÇÃO DO SUL DE SANTA CATARINA (<i>Diana Frasson; Jadina de Nez; Alisson Joaquim Flor; Volnei Margotti; Hermann Joseph Braun</i>)	172
BARRIGA DE ALUGUEL: ALGUMAS REFLEXÕES (<i>Geovanna Dalsasso Medeiros; Andiará Pickler Cunha; Luana de Souza; Luiza Liene Bressan; Márcia Zomer Rossi Mattei</i>)	191
O CONTROLE DO PODER JUDICIÁRIO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE (<i>Milena Cruzetta; Andiará Pickler Cunha</i>)	211
CIÊNCIAS HUMANAS	230
INTERDISCIPLINARIDADE E SUSTENTABILIDADE NO PROCESSO EDUCATIVO: PRESSUPOSTOS PARA A EDUCAÇÃO AMBIENTAL (<i>Ismael Dagostin-Gomes; Ana Sônia Mattos; Giovani Ascari; Anderson Volpato Alves; Márcia Bianco</i>)	231

CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ESQUIZOFRENIA SOB A ÓTICA DOS CUIDADORES E DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Ciências da Saúde
Artigo Original

Janieli Luckmann¹; Ana Paula Bazo¹; Adriana Zomer de Moraes¹; Greice Lessa¹;

¹Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE

Resumo: O profissional da área de saúde mental precisa, de alguma forma, saber lidar não somente com os pacientes portadores de esquizofrenia, mas também com os cuidadores, a fim de auxiliá-los, uma vez que estes participam diretamente da vida deste paciente. Neste contexto, o objetivo geral dessa pesquisa foi identificar a percepção dos cuidadores e da equipe de enfermagem acerca do cuidado com o paciente esquizofrênico em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de um município da região Sul Catarinense. Para atingir esse objetivo a presente pesquisa teve uma abordagem qualitativa, caracterizou-se como descritiva e utilizou como instrumento de coleta de dados uma entrevista aplicada a 10 cuidadores e 2 membros da equipe de enfermagem. Observou-se que o transtorno psiquiátrico trouxe mudanças no cotidiano familiar gerando preocupações para os cuidadores, sendo que as principais dificuldades relatadas no cuidado aos portadores de esquizofrenia relacionavam-se à higiene pessoal e à medicação. Os cuidadores destacaram também, a importância da medicação diária e do convívio social no CAPS. Quanto à equipe de enfermagem foi possível identificar que essa contribui para o controle do transtorno, ajudando na integração social, na adesão ao tratamento e também na adaptação ao novo modo de vida tanto dos esquizofrênicos como de seus cuidadores.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Cuidadores. Equipe de enfermagem.

THE SCHIZOPHRENIA UNDER THE PERSPECTIVE OF CAREGIVERS AND NURSING STAFF

Abstract: The professional mental health needs dealing not only with patients with schizophrenia, but also with caregivers, to help them, since they participate directly in the patient life. Thus, the objective of this research was to identify the perceptions of caregivers and nursing staff about patient care schizophrenic in a Psychosocial Care Center - CAPS. To achieve this objective the present study had a qualitative approach and it was characterized as descriptive. It was used the interview as data collection, applied to 10 caregivers and two members of the nursing staff. It was observed that the psychiatric disorder brought changes in family life and the main difficulties reported in schizophrenia patients' care were related to the personal hygiene and medication. The caregivers also highlighted the importance of daily medication and social life in

CAPS. The nursing staff helps schizophrenic and their caregivers in social integration, adherence to the treatment and in adaptation to a new way of life.

Keywords: Schizophrenia. Caregivers. Nursing staff.

Introdução

“O nome esquizofrenia foi dado em 1911 por Eugene Bleuer, que caracterizou como principal sintoma dessa doença a desorganização do pensamento. O termo esquizofrenia significa mente partida” (LOUZA NETO et al.,1995, *apud* TEIXEIRA, 2005, p.171).

“O transtorno acomete pessoas precocemente com relação à idade, levando a alterações graves do comportamento, do pensamento, do afeto e da vontade” (VALENÇA; NARDI, 2015, p.17), causando sofrimento tanto ao portador dessa doença como a seus familiares/cuidadores.

Os cuidadores de pacientes esquizofrênicos precisam auxiliá-los a lidar com suas perdas e com o empobrecimento de sua vida social, afetiva e profissional. Sendo assim, a família e/ou o cuidador, frente à doença e às consequências por ela geradas precisam buscar qualidade de vida não só para o paciente, mas também, para aqueles que convivem com ele cotidianamente (VILLARES, 2000).

Além dos cuidadores, a equipe psiquiátrica que assiste ao paciente, também possui uma função determinante neste cenário da esquizofrenia. Especificamente, a prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em ações que visam melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família/cuidador sendo no controle do surto, ajudando na integração social após o aparecimento da doença, na adesão ao tratamento e na adaptação de sua nova condição de vida (GIACON; GALERA, 2006).

A partir destas informações foi elaborado o problema de pesquisa: “Qual a percepção do cuidador e da equipe de enfermagem com relação ao cuidado ao paciente esquizofrênico em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de um município da região Sul Catarinense?”

Para responder ao problema de pesquisa foi delineado o seguinte objetivo geral: identificar a percepção dos cuidadores e da equipe de enfermagem com relação ao cuidado ao paciente esquizofrênico em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de um município da região Sul Catarinense.

A fim de que o objetivo geral fosse alcançado, foram definidos alguns objetivos específicos: identificar o perfil e as atividades realizadas pelos cuidadores junto ao paciente esquizofrênico; conhecer a percepção dos cuidadores com relação à doença e ao tratamento; verificar as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores dos pacientes com esquizofrenia; identificar as atividades que a equipe de enfermagem realiza junto aos pacientes com esquizofrenia e seus cuidadores.

Do ponto de vista prático, espera-se que o estudo contribua no sentido de ampliar os conhecimentos na área de saúde mental e sirva também de referência para outros acadêmicos em futuras pesquisas.

Esquizofrenia

“O histórico conceitual da esquizofrenia data do final do século XIX e da descrição da demência precoce por Emil Kraepelin. Outro cientista que teve importante influência sobre o conceito atual de esquizofrenia foi Eugen Bleuler” (SILVA, 2006, p.263).

Kraepelin (1856-1926) estabeleceu uma classificação de transtornos mentais, denominando um deles de demência precoce, pois aparecia no início da vida. Os sintomas característicos desse transtorno eram alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos.

O termo demência precoce foi substituído por esquizofrenia (esquizo = divisão, phrenia = mente). Bleuler (1857-1859) utilizou esse termo para apontar uma divisão entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Os sintomas primários da doença descritos por Bleuler ficaram conhecidos como os quatro “As”: associação frouxa de ideias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Foram descritos também os sintomas secundários: alucinações e delírios (SILVA, 2006).

Outro pesquisador, Kurt Schneider, em 1948, classifica os sintomas da esquizofrenia, em primeira e segunda ordem. Os de primeira ordem são: audição dos próprios pensamentos; alucinações que comentam atos do paciente; roubo do pensamento ou outras experiências de influência externa; experiências de ações controladas de fora; percepções delirantes, experiências somáticas de passividade, publicação do pensamento, outras experiências que envolvam imposição de afetos, ações ou pensamentos. E são classificados como de segunda ordem, os seguintes sintomas: perplexidade, ideias delirantes, sentimento de empobrecimento emocional,

alterações depressivas e eufóricas do humor, sintomas catatônicos, dentre outros (VALENÇA; NARDI, 2015).

Acrescenta-se ainda, que a esquizofrenia é uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicológicas variadas do pensamento, percepção, emoção, comportamento e movimento, sendo assim, esse transtorno é caracterizado por sintomas positivos e negativos. Os sintomas positivos são ditos como delírios, alucinações, desorganização de pensamento, ao contrário dos sintomas negativos entendidos como diminuição da vontade e da efetividade, o empobrecimento do pensamento e o isolamento social (SOUZA; COUTINHO, 2006).

As causas da esquizofrenia ainda não estão totalmente esclarecidas, mas estudos evidenciam que componentes genéticos, sociais, pessoais e neurobiológicos estão presentes no aparecimento e expressão da doença. (RAZZOUK; SHIRAKAWA, 2001).

O diagnóstico de esquizofrenia ainda é muito complexo, não existe sinal ou sintoma clínico específico que caracterize a doença. Todos os sintomas presentes na esquizofrenia também podem ser encontrados em outros transtornos mentais. Devido a esta dificuldade, o diagnóstico é estabelecido por exclusão, ou seja, descartando outros transtornos que tenham os mesmos sintomas. De acordo com Cheniaux (2015), em relação à sintomatologia, devem estar presentes pelo menos dois sintomas de uma lista de cinco, sendo eles delírio, alucinação ou desorganização do discurso. É obrigatório um prejuízo significativo na vida sócio ocupacional e que a duração mínima seja de seis meses.

Uma vez que a doença não tem cura, o tratamento tem como objetivo o controle dos sintomas e estabilização da doença. Sendo assim, o paciente apresenta grandes chances de levar uma vida normal.

No que se refere ao tratamento farmacológico, são utilizadas as drogas neurolépticas ou antipsicóticas para todos os estágios da doença. No entanto, como elas tem uma taxa de resposta que varia entre 60 a 80% é necessário associar a intervenção farmacológica à psicoterapia (SILVA, 2006).

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo. Os CAPS assim como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Referência em Saúde Mental (CESAMs), além

de vários outros tipos de serviços relacionados à saúde mental, são atualmente regulamentados pela Portaria Nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento do CAPS que tem a missão de atender as pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, com objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico evitando assim, as internações (BRASIL, 2004).

Destaca-se que o Centro de Atenção Psicossocial ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de seus usuários e de familiares (BRASIL, 2004).

Familiares/cuidadores de pacientes com esquizofrenia

Os cuidadores de pacientes com esquizofrenia têm como papel: organizar as atividades diárias do paciente, administrar sua medicação, garantir suas necessidades básicas, fornecer-lhes suporte social, arcar com seus gastos, acompanhá-los nos serviços de saúde, além de outras atividades. A família cuidadora tem um papel essencial na vida dos pacientes, ela é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e bem-estar do paciente (VILLARES, 2000).

A família é muito importante no tratamento, especialmente pelo vínculo afetivo e a maneira como interpreta a doença, podendo influenciar as práticas de cuidados por ela adotados e o sucesso para a reabilitação do indivíduo que vivencia a esquizofrenia. (FERNANDES; SANTOS, 2012; SANTOS 2015).

É no contexto familiar que a esquizofrenia é identificada como um problema. A família é geralmente responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde, tendo a função de procurar, avaliar e encaminhar o familiar doente ao médico ou até mesmo ao hospital, conduzir as negociações entre o profissional que prescreve determinado tratamento e o familiar que, identificado como paciente, muitas vezes reluta em aceitá-lo, lidar com as situações de crise, decidindo quando é possível o manejo em casa e quando buscar ajuda emergencial, principalmente, elaborar e redimensionar as expectativas em relação ao cotidiano e ao futuro de seu familiar doente (VILARES; MARI, 2001).

Equipe de Enfermagem

Conforme Giacom e Galera (2006), a enfermagem psiquiátrica está fundamentada no relacionamento interpessoal entre enfermeiro-paciente, sendo possível observar os aspectos biopsicossociais do ser humano. Nos aspectos biológicos, a enfermagem observa efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do paciente e de sua família. Já no campo psicossocial, envolve diversas atividades, tais como a visita domiciliar, coordenação dos grupos de pacientes.

Os profissionais de enfermagem devem também promover ações de acolhimento aos cuidadores dos pacientes esquizofrênicos, por meio de escuta, atendimento individual, esclarecimento acerca da doença, grupos psicoeducacionais, auxílio nos momentos de crise, além de incentivar a participação do cuidador no processo de reabilitação psicossocial (SCAZUFCA, 2000).

Segundo Gomes e Mello (2012), acredita-se que os profissionais de saúde mental, ao trabalhar em conjunto (cuidadores, pacientes) precisam saber detectar o grau da sobrecarga dos cuidadores da pessoa com esquizofrenia, desenvolver propostas de cuidado que minimizem os encargos dos cuidadores, a fim de incrementar a qualidade de vida dessas pessoas, assim como dos pacientes com esquizofrenia.

Procedimentos Metodológicos

Para que o objetivo da pesquisa fosse alcançado delineou-se uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008, p.28), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. A abordagem qualitativa “é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano” (CRESWELL, 2010, p.26).

A pesquisa foi conduzida em um CAPS I de um município do sul de Santa Catarina. Participaram da pesquisa 10 cuidadores de pacientes com esquizofrenia que frequentavam o CAPS no período do estudo, uma enfermeira e um técnico de enfermagem do CAPS. Todos os participantes do estudo receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIBAVE (Número do Parecer: 1.136.819).

Ressalta-se que durante a pesquisa somente 10 pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia e a equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira e um técnico de enfermagem.

A coleta de dados se deu a partir de uma entrevista com os cuidadores e com a equipe de enfermagem. Com o objetivo de esclarecer melhor a percepção de cada cuidador entrevistado, em relação à esquizofrenia, nesta pesquisa foram aplicadas perguntas abertas que remeteram às seguintes questões: Quais atividades/ funções que realiza junto ao paciente esquizofrênico; o que entende por esquizofrenia; conhecer melhor como ocorreu o início da doença; como avalia o tratamento desde o diagnóstico e sua evolução; como avalia atuação da equipe do CAPS no tratamento; atividades que os pacientes desenvolvem no CAPS, sua idade e se foi o cuidador do paciente durante todo esse período; se houve alguma alteração na vida cotidiana e de sua família após o diagnóstico; quais as dificuldades que encontra no cuidado ao paciente.

À equipe de enfermagem foram elaboradas questões com relação às funções de cada um deles no CAPS e se possuem alguma capacitação em saúde mental.

Os dados foram organizados e avaliados a partir da análise das Ideias Centrais (IC's) e do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) A ideia central (IC) é um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, de modo sintético e preciso, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas, que vai dar origem ao DSC, que por sua vez é uma reunião em um só discurso-síntese do relato do entrevistado (LEFÈVRE, 2005).

Resultados e Discussão

Cuidadores dos pacientes esquizofrênicos

Neste estudo foram entrevistados 10 cuidadores de pacientes esquizofrênicos, que frequentavam o CAPS I. A tabela 1 apresenta o perfil dos cuidadores e a tabela 2 apresenta o perfil dos pacientes.

Conforme a literatura, nos homens o início da doença é mais precoce, entre 10 e 25 anos, já nas mulheres ocorre entre os 25 e 35 anos. É comprovado que 90% dos pacientes que estão em tratamento têm entre 15 e 55 anos de idade (TENGAN; MAIA, 2004).

Em relação ao período em que foram cuidadores, dos 10 entrevistados 80% sempre foi o cuidador e 20% assumiram a responsabilidade de cuidar do paciente há pouco tempo.

Tabela 1 -Perfil dos cuidadores de pacientes esquizofrênicos que frequentavam o CAPS I de um município do sul de Santa Catarina.

Variáveis/Categorias	Valores(%)
Idade	
30 a 50	40
50 a 80	60
Sexo	
Feminino	80
Masculino	20
Renda Familiar	
1 a 3 salários mínimos	70
3 a 5 salários mínimos	30
Parentesco	
Cunhada (o)	20
Mãe	30
Irmã (ão)	20
Esposa	10
Pai	10
Sobrinha	10
Profissão	
Vendedora	10
Aposentado (a)	40
Confeiteira	10
Assistente Social	10
Funcionário Público	10
Doméstica	20

Fonte: Autoras (2015).

Tabela 2-Perfil dos pacientes esquizofrênicos que frequentavam o CAPS I de um município do sul de Santa Catarina.

Variáveis/Categorias	Valores(%)
Sexo	
Masculino	60
Feminino	40
Idade do Início da doença	
10 - 20	60
21 - 30	30
31 - 40	10
Tempo que tem a doença	
1 - 10	30
11 - 20	50
21 - 30	20

Fonte: Autoras (2015).

O quadro 1 descreve a ideia central (IC) dos 10 cuidadores de pacientes esquizofrênicos com relação às suas atividades e/ou funções junto ao paciente esquizofrênico.

Dados semelhantes aos apresentados no quadro 1 também foram observados no trabalho de Villares (2000), o qual identificou que os cuidadores dos pacientes esquizofrênicos têm as seguintes funções: organizar as atividades diárias do paciente, administrar sua medicação, garantir suas necessidades básicas, arcar com seus gastos, acompanhá-los nos serviços de saúde. O mesmo autor destaca que o cuidador tem um lugar e uma função central na vida do paciente, o que significa que muitas vezes são os cuidadores que identificam algum problema e buscam ajuda.

Quadro 1 - Atividades e funções do cuidador dos pacientes esquizofrênicos que frequentavam o CAPS I de um município do sul de Santa Catarina.

Ideia Central (IC)	Valor	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Medicar, fazer suas compras, cuidar da alimentação e medicações, arcar com as despesas, acompanhar em consulta médica.	100%	DSC _{11A} " Fazer sua comida, acompanhar em consulta médica, medicar, fazer suas compras, etc."

Fonte: Autoras (2015).

A ideia central com relação ao entendimento da doença está destacada no quadro 2. A ideia central relatada nos DSC_{5A} e DSC_{7A} reflete os dados da literatura que aponta a esquizofrenia como um transtorno de pensamento que se caracteriza por uma desorganização de diversos processos mentais, sendo uma das desordens mais desafiadoras e complexas que afligem a humanidade, levando o indivíduo a apresentar vários sintomas (DURÃO; SOUZA; MIASSO,2007).

A esquizofrenia também foi compreendida como sendo um transtorno da "cabeça". Esta forma de perceber a patologia psiquiátrica é comum entre a população em geral, que atribuem ao transtorno mental o pseudônimo de "um problema que se localiza na cabeça" ou ainda um mau funcionamento ou má formação do cérebro (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005).

Quadro 2 - Percepção dos cuidadores de pacientes esquizofrênicos que frequentavam o CAPS I de um município do sul de Santa Catarina com relação à doença.

Ideia Central (IC)	Valores%	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
É um transtorno mental que afeta a personalidade, as atitudes e a memória.	100	DSC _{5A} "Perda da consciência, assume outra personalidade. DSC _{7A} "É um transtorno mental que muda a pessoa de uma hora para outra."

Fonte: Autoras (2015).

As ideias centrais (IC's) com relação ao início da doença estão representadas no quadro 3.

Quadro 3-Início da doença dos pacientes esquizofrênicos que frequentavam o CAPS I de um município do sul de Santa Catarina.

Ideias Centrais (IC' s)	Valores %	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC ₁ Perda de um membro da família (falecimento ou mudança de cidade).	30	DSC _{6A} " Após o falecimento do marido." DSC _{9A} "Sentiu falta de seus irmãos que foram morar em Fortaleza."
IC ₂ Decepção (esporte, relacionamento afetivo)	30	DSC _{7A} "Tinha um grande sonho de ser jogador de futebol, e com resultado do jogo ficou decepcionado" DSC _{3A} "Após termino do namoro."
IC ₃ Uso de drogas	20	DSC _{8A} "Quando começou a fazer uso de drogas e bebida de álcool."
IC ₄ Tentativa de suicídio	10	DSC _{5A} " Tentou se matar."
IC ₅ Mudança de comportamento	10	DSC _{10A} " Sempre hiperativo, agressivo, não tem parada."

Fonte: Autoras (2015).

Os discursos apresentados no quadro 3 refletem os dados da literatura que caracterizam a esquizofrenia como uma doença paradigmática, uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas do pensamento, percepção, emoção, comportamento e movimento (SOUZA; COUTINHO,2006).

Pesquisas apontam que as chances de um indivíduo ser portador de esquizofrenia e usar substâncias de abuso são 4,6 vezes maiores que no restante da população. Portanto, o uso crônico de álcool, maconha, dentre outros, pode ser tanto um fator desencadeante, como uma consequência de quadros psíquicos.

O uso abusivo das drogas pode antecipar o início da esquizofrenia, reduzir a adesão ao tratamento e aumentar os déficits cognitivos, risco de suicídio e mudar o comportamento do indivíduo (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Na esquizofrenia, os sintomas depressivos de maior utilidade para o diagnóstico são: humor deprimido, desesperança, autodepreciação, ideias de referência de culpa, culpa patológica, depressão matutina, despertar precoce e suicídio (BRESSAN, 2000). Como observado, vários deles aparecem nos discursos relatados no quadro 3.

Pacientes com esquizofrenia apresentam taxas elevadas de mortalidade e significativa redução da expectativa de vida, tanto em decorrência de mortes por causas naturais quanto por não naturais. Dentre as causas de morte não naturais, o suicídio é a mais importante delas, mas também há maiores taxas de óbitos por acidentes e homicídios (MOGADOURO et al., 2009).

O quadro 4 descreve a ideia central com relação ao tratamento, desde o diagnóstico até os dias atuais.

Quadro 4—Visão dos cuidadores com relação ao tratamento medicamentoso dos pacientes esquizofrênicos que frequentavam o CAPS I de um município do sul de Santa Catarina.

Ideia Central (IC)	Valores %	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Importante para controle e melhora do comportamento do paciente	100	DSC _{6A} " Medicamento é muito importante, fundamental para a estabilidade da doença."

Fonte: Autoras (2015).

Os cuidadores identificaram o tratamento medicamentoso como crucial e central, enfatizando ser este imprescindível. Embora o uso de drogas antipsicóticas seja indispensável ao controle dos sintomas da esquizofrenia, sabe-se também que a utilização de intervenções psicossociais, dentre elas as psicoterapias, aumentam a possibilidade de recuperação e a otimização, na qual, tem como objetivo, a integração dos familiares e profissionais, compartilhando e abordando informações sobre a

doença, e discutindo dúvidas acerca do tratamento medicamentoso (SCAZUFCA, 2000).

Na década de 1950, a utilização de drogas antipsicóticas foi considerada um passo inicial para a desinstitucionalização e o cuidado do indivíduo na própria comunidade. Comprovadamente, o tratamento medicamentoso melhora os sintomas psicóticos, diminuindo a suscetibilidade da recorrência, mantendo a estabilidade clínica (DURÃO; SOUZA; MIASSO, 2007).

O quadro 5 apresenta a ideia central em relação à atuação do CAPS no tratamento dos esquizofrênicos

Quadro 5 - Percepção do cuidador em relação à atuação do CAPS no tratamento dos esquizofrênicos do estudo.

Ideia Central (IC)	Valores %	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Avalia Bem	100	DSC _{3A} " CAPS é de grande importância, lugar bom, me ajudou bastante, agora ele fica lá e vem mais calmo para casa."

Fonte: Autoras (2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, que trabalha com equipe multiprofissional e desenvolvem atividades individuais ou em grupos, oficinas terapêuticas, atividades físicas, arte-terapia além da medicação (MIELKE et al., 2009).

Foi possível observar que os cuidadores expressaram satisfação com o tratamento que os usuários vêm recebendo no Centro de Atenção Psicossocial. É sabido que a atenção prestada pelo CAPS deve incluir ações dirigidas aos cuidadores e comprometer-se com a inserção social dos usuários, respeitando as possibilidades individuais, bem como os princípios de cidadania que minimizem o estigma, promovendo melhor qualidade de vida aos usuários (BRASIL, 2000).

O quadro 6 mostra as atividades que os pacientes realizam no CAPS. Segundo Kantorski et al (2011) o CAPS vem oferecendo uma diversidade de atividades aos seus usuários e familiares, essas atividades tem como objetivo o atendimento, o tratamento, acompanhamento dos usuários visando a sua inclusão social e resgate da cidadania.

Quadro 6 - Atividades que os portadores de esquizofrenia realizam no CAPS de um município do sul de Santa Catarina.

Ideia Central (IC)	Valores %	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
"Grupo de artesanato, cursos oferecidos pelo Serviço Nacional de aprendizagem rural – SENAR - (orecultura, hidroponia, cultivo de plantas medicinais, informática básica, floricultura), passeios"	100	DSC9A "No CAPS ele faz artesanato, mexe no computador, cursinho, passeio"

Fonte: Autoras (2015).

São atividades comuns no CAPS: orientação, conversa individual ou em grupo sobre um tema específico (ex.: uso de drogas), atividades comunitárias (ex.: festa junina), passeios, palestras, cinemas e oficinas culturais (BRASIL, 2004).

As ideias centrais representadas no quadro 7 identificam as principais alterações que surgiram na família do portador de esquizofrenia, após o diagnóstico da doença.

Como mostram as ideias centrais e também segundo a literatura, o cuidado com o paciente portador de um transtorno mental requer adaptações na vida diária dos cuidadores, os quais muitas vezes acabam por desistir ou mudar os seus objetivos e rotinas diárias, deixando de viver sua realidade e passando a viver uma realidade construída a partir do convívio com o paciente (MONTEIRO et al,2008).

Uma das primeiras coisas que o cuidador abre mão é o lazer. A restrição ao lazer pode ter implicações na qualidade de vida, sendo um dos parâmetros para a avaliação da sobrecarga (SCAZUFCA, 2002).

Outro aspecto relevante segundo Borba, Schwartz e Kantorski (2008), é que a presença do portador de esquizofrenia no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o impacto do diagnóstico, é necessária uma adaptação à essa nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste.

Muitos cuidadores sentem-se como se nunca estivessem totalmente tranquilos, pois são eles os responsáveis por acompanhar o paciente no dia a dia, principalmente

na supervisão dos comportamentos que o paciente adota ou pode vir a adotar, como tentativas de fuga, suicídio.

Os cuidadores muitas vezes acabam adoecendo com a sobrecarga objetiva, com o cansaço, este revelado pelo convívio diário com o paciente e a sensação de vulnerabilidade que isso causa (ALMEIDA, 2009).

Quadro 7 - Alterações na família do portador de esquizofrenia, após o diagnóstico da doença.

Ideias Centrais (IC' S)	Valores %	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC₁ Doença	10	DSC _{4A} "Deixei de ir a missa, até eu mesma acabei ficando doente".
IC₂ Perda da tranquilidade	20	DSC _{6A} "A rotina da família passou a ser em função aos cuidados a paciente".
IC₃ Desemprego	30	DSC _{7A} "Fiquei um bom tempo desempregado para dedicar ao paciente".
IC₄ Mudança de rotina (perda do sono, deixar de sair de casa).	40	DSC _{8A} "mudou em todos os sentidos, não posso sair de casa tranquila, não consigo dormir a noite".

Fonte: Autoras (2015).

Os relatos das dificuldades no cuidado ao paciente foram organizados em duas ideias centrais no quadro 8. De acordo com o discurso DSC_{4A}, a rigorosa administração de medicamentos, as dificuldades do esquizofrênico nas tarefas de higiene e as suas limitações em gerenciar sua própria vida são situações desgastantes ao cuidador, fazendo com que esse tenha que supervisionar e ajudar o paciente com intensa frequência, causando aumento da sobrecarga ao familiar (GOMES; MELLO, 2012).

A família sente bastante o impacto em ter que suprir as necessidades do doente mental, abdicando da sua própria vida e dos seus desejos para cuidar do portador de esquizofrenia, que demanda intensa atenção pela sua condição de limitação em administrar seus bens e sua vida pessoal (KOGA, 2002).

Quadro 8 - Dificuldades apresentadas no cuidado ao paciente.

Ideias Centrais (IC' S)	Valores %	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
IC₁ Dificuldades com a alimentação, higiene pessoal e administração das medicações.	90	DSC _{4A} "Ele é teimoso não quer tomar as medicações, não quer nunca tomar banho"
IC₂ Não possui dificuldades	10	DSC _{7A} "No momento nenhuma, sempre estou incentivando e explicando como as coisas devem ser".

Fonte: Autoras (2015).

Equipe de Enfermagem

Foram questionados os profissionais da equipe de Enfermagem, acerca das suas funções no CAPS e se possuíam alguma capacitação em saúde mental. A enfermeira apontou que suas funções são: acolhimento, consulta de enfermagem, atendimento em grupo e também individual, relatou também, possuir capacitação em saúde mental na infância e adolescência.

As funções do técnico de enfermagem são orientar e prestar assistência aos pacientes, coordenar os grupos terapêuticos e administrar as medicações. Relatou não possuir especialização na área de saúde mental.

A equipe de enfermagem exerce papel de agente terapêutico junto ao paciente com algum transtorno mental, que tem como base o relacionamento e os cuidados voltados à compreensão do significado do comportamento e às atitudes do paciente. Sendo assim, a assistência de enfermagem pode melhorar a qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico bem como promover a saúde no seu cotidiano, por meio de acolhimento do " sujeito com sua história de vida pautada em seu contexto psicossocial e político-cultural" e realizar intervenções terapêuticas (SANTOS, 2006, p.13).

Durante a entrevista realizada com os profissionais, foi questionada, também a função deles com relação ao tratamento do paciente esquizofrênico e se eles passavam orientações a respeito da doença e do tratamento aos cuidadores.

A enfermeira relatou que sua função é realizar consulta de enfermagem, atendimento individual e orientar os pacientes e cuidadores acerca da doença de uma forma geral e das medicações. Já o técnico de enfermagem relatou que sua função é

a orientação com relação às medicações e prestar esclarecimentos aos cuidadores quando estes apresentam alguma dúvida.

A prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em ações que visam a melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família. Contribui no controle do surto da doença, tornando-a estabilizada, ajuda na integração social após o aparecimento da doença, coopera na adesão ao tratamento e na adaptação do novo modo de vida (GIACON; GALERA, 2006).

Considerações Finais

O tema do artigo, bem como todo seu desenvolvimento teve como objetivo contribuir com novos dados à área de saúde mental, mais especificamente no que se refere à percepção do cuidador e da equipe de enfermagem com relação ao cuidado ao paciente esquizofrênico. Dessa forma, nos próximos parágrafos estão descritos os resultados mais relevantes da pesquisa.

Os dados demonstraram que os cuidadores têm como função principal organizar todas as atividades do paciente, desde a medicação até mesmo fazer suas compras. Pela análise do discurso do sujeito coletivo, com relação à doença, observou-se que a esquizofrenia na visão do cuidador é a perda da memória no qual a pessoa passa por transtornos.

Observou-se também que o início da doença se deu por perda de um membro da família, mudança de comportamento, decepção, uso de drogas e também tentativa de suicídio.

Quando avaliada a visão do cuidador com relação ao tratamento farmacológico, foi possível observar que os mesmos têm ciência de que os pacientes com esquizofrenia devem tomar diariamente o medicamento, sendo de extrema importância para que o paciente tenha um melhor convívio social.

Pelos resultados obtidos com relação ao Centro de Atenção Psicossocial, o discurso mostrou que os cuidadores estão satisfeitos com o tratamento e atividades oferecidas pelo CAPS, destacando que os pacientes gostam de frequentar o local e retornam para casa mais calmos.

O discurso dos cuidadores mostrou também, que o transtorno psiquiátrico traz muitas mudanças no convívio familiar, gerando uma preocupação permanente por parte dos cuidadores. As principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores estão relacionadas à medicação e higiene pessoal dos esquizofrênicos.

Dentro de todo este contexto, a equipe de enfermagem possui papel importante tanto na vida do paciente como também para os cuidadores, pois contribui para o controle do transtorno, ajuda na integração social, na adesão ao tratamento e também na adaptação ao novo modo de vida tanto dos esquizofrênicos como dos cuidadores.

No decorrer do trabalho foi possível identificar que estudos sobre o tema levantado vêm ganhando espaço, contribuindo de maneira significativa em direção ao problema de pesquisa.

Nessa mesma direção, é importante destacar que o tema do artigo pode e deve ser explorado por mais pesquisadores, na busca de uma maior abrangência e conhecimento do tema por parte de cuidadores e também para que possa incentivar o interesse de um maior número de profissionais enfermeiros pelo trabalho voltado à saúde mental.

Por este motivo, acreditamos que a ciência é uma construção e não um fim em si mesmo, e nos alegramos, pois, a ciência que hoje construímos é base para futuras pesquisas nesta área.

Referências

ALMEIDA, Marcelo Machado de. **Cuidadores de pacientes com esquizofrenia: a sobrecarga e a atenção em saúde.** 2009, 54p. Dissertação (Mestrado) Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2009.

BORBA, Leticia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de enfermagem**, v.21, n.4, p.588-594, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>. Acesso em: 04 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** 2000. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em :04 out .2015.

BRESSAN, Rodrigo A. A depressão na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria.**, v.22, n. 1, p.27-30, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a10v22s1.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

CHENIAUX, Elie. Psicopatologia e diagnóstico da esquizofrenia. In: NARDI, Antonio Egidio; QUEVEDO, João; SILVA, Antônio Geraldo da. **Esquizofrenia Teoria e Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 160-260.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativos, Quantitativos e Misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DURÃO, Ana Maria S.; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de M; MIASSO, Adriana Inocenti. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após uso de clozapina e acompanhamento grupal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.41, n 2, p.251-257, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/10.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

FERNANDES, Maria C; SANTOS, Sinval A. Importância da família na Qualidade de vida dos Portadores de Esquizofrenia. **CuidArte Enfermagem**. v.6, n 2, p.86-90,2012. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n2juldez2012.pdf#page=35>. Acesso em: 06 dez.2015.

GIACON, Bianca Cristina C; GALERA, Sueli Aparecida F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v.40, n 2, p.286-291, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2015.

GIL, Antonio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GOMES, Mariana S; MELLO, Rosâne. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.8, n 1, p. 2-8, 2012. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD%20v8n1%20a02.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015.

KANTORSKI, Luciane Prado. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um centro de atenção. **Revista de enfermagem e saúde**, v.1, n.1, p.4-13, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3401/2792>. Acesso em: 03 out. 2015.

KOGA, Mariko; FUREGATO, Antônia Regina. Convivência com a pessoa esquizofrênica: Sobrecarga Familiar. **Revista Ciência, cuidado e saúde**, v.1, n.1, p. 69-73, 2002. Disponível em: www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3596. Acesso em: 03 out 2015.

LEFÈVRE, Fernando. **Discurso do sujeito coletivo**. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_principais_conceitos.htm. Acesso em: 12 maio 2015.

MIELKE, Fernanda Barreto. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p.159-164, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a21v14n1>. Acesso em: 27 set. 2015.

MOGADOURO, Mônica de Almeida. et al. Mortalidade e esquizofrenia. **Arquivos médicos dos hospitais e da faculdade de ciências médicas**, v.54, n.3, p.119-126, 2009. Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm54n3_7.pdf. Acesso em: 03 out.2015.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. et al. Vivências Maternas na realidade de ter um filho autista: Uma compreensão pela enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.3, p.330-335, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a09v61n3.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

MORASKI, Tarciana Raquel; HILDEBRANDT, Leila Mariza. A Concepção de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 195-206, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/882-4983-1-PB.pdf>. Acesso em 10 out 2015.

RAZZOUK, Denise; SHIRAKANA, Itiro. A evolução dos critérios diagnósticos da esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, Itirio; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 2001. p. 15-279.

SANTOS, Sinval A dos. Projeto **Terapêutico individual em um Centro de atenção Psicossocial: O conhecimento do usuário e contribuições na assistência**. 2006. 109 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo – USP. 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-02052006-093859/pt-br.php>. Acesso em 12 out. 2015.

_____, Geny. Esquizofrenia e o cuidado à família em uma abordagem de Terapia Sistêmica. **Revista Latino Americana de Psicologia Corporal**, v.3, n.1, p.1-12, 2015. Disponível em: <http://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/31/55>. Acesso em 06 dez.2015.

SILVA, Regina Claudia B da. Esquizofrenia: Uma Revisão. **Psicologia USP**, v.17, n. 4, p.263-285,2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SCAZUFCA, Marcia. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 50-52, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a17v22s1.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015.

_____. Versão Brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.1, p.12-17, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n1/11308.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

SCHEFFER, Morgana; PASSA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia teoria e pesquisa**, v.26, n.3, p.533-541, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015.

SOUZA, Leonardo Araújo; COUTINHO, Evandro Silva F. Fatores associados a qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p.50-58, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n1/a11v28n1>. Acesso em: 27 set. 20015.

TEIXERA, Marina Borges. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n 2, p.171-175, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a08.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2015.

TENGAN, Sèrgio K; MAIA, Anne K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. v.80, n. 2, p.S3-S10,2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa02.pdf>. Acesso em: 02 abr.2015.

VALENÇA, Alexandre M; NARDI, Antonio E. Histórico do conceito de esquizofrenia. In: NARDI, Antonio E; QUEVEDO, João; SILVA, Antônio G da. **Esquizofrenia Teoria e Clinica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p.16-260.

VILLARES, Cecilia C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**.v.22, n.1, p. 53-55, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a18v22s1.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2015.

VILLARES, Cecilia C; MARI, Jair J. Esquizofrenia e Contexto Familiar. In: SHIRAKAWA, Itirio; CHAVES, Ana Cristina; MARI, Jair J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 2001. p. 15-279.

Dados para contato:

Autor: Ana Paula Bazo

E-mail: apbazo@gmail.com

A TRAJETÓRIA DOS USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS EM UMA CLÍNICA DE REABILITAÇÃO NO SUL DE SANTA CATARINA

Ciências da Saúde
Artigo Original

Sabrina Buss de Souza¹; Greice Lessa^{1,2}; Cláudio Sérgio da Costa^{1,2};
Adalberto Alves de Castro^{1,2}; Rodrigo Moraes Kruehl^{1,2}

¹. Curso de Psicologia do Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE); ². Núcleo de Estudos Aplicados a Saúde (NEAS) – Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE)

Resumo: O fenômeno do uso de substâncias psicoativas configura-se como um problema de saúde pública que vem despertando cada vez mais a preocupação perante a sociedade. A utilização das drogas acabou se tornando uma realidade não apenas no Brasil, mas sim, também internacional. Nesse contexto, é de grande importância conhecer quais são os principais motivos para que a pessoa a utilize, e os seus agentes causadores. Partindo do posto, o presente trabalho objetivou descrever o que faz com que os usuários utilizem drogas ilícitas pela primeira vez e analisar suas percepções sobre a sua própria condição. Para tanto foi utilizada uma entrevista semiestruturada, de caráter exploratório e com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma instituição do Sul do estado de Santa Catarina. Foi utilizado como referencial teórico *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Na pesquisa, percebe-se que os usuários entrevistados tiveram a primeira experiência com drogas por meio da maconha, por influência de amigos e curiosidade. Percebeu-se que todos os entrevistados não estavam no tratamento pela primeira vez, os nove estavam ali por recaídas, e ao serem questionados sobre a perspectiva de futuro disseram querer mudar para reconstituir suas vidas e reaver o que perderam a partir do vício nas drogas.

Palavras-chave: Drogas. Dependência química. Tratamento. Adolescência. Saúde.

THE TRAJECTORY OF THE USERS OF ILLICIT DRUGS IN A REHABILITATION CLINIC IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA

Abstract: The phenomenon of the use of psychoactive substances is configured as a public health problem that is proving increasingly the concern toward the society. The use of drugs became a reality not only in Brazil, but also internationally. In this context, it is of great importance to know what are the main reasons for that person to use, and their causative agents. The present study aimed to describe what causes users to use illicit drugs for the first time and analyze their perceptions about their own condition. There was used a semi-structured interview, exploratory and qualitative approach. This research was done in a Southern institution of the state of Santa Catarina. It was used as a theoretical Qualitative Solutions Research Nvivo11. At research is configured to

the users interviewed had their first experience with drugs through marijuana, under the influence of friends and curiosity. It is noticed that all respondents were not in treatment for the first time, the nine were there for relapse, and when asked about the prospects said they wanted change to rebuild their lives and recover what they lost because of drug addiction.

Keywords: Drugs. Chemical dependence. Treatment. Adolescence. Health.

Introdução

O uso de drogas é um fenômeno bastante antigo na história da humanidade e constitui um grave problema de saúde pública, com sérias consequências pessoais e sociais no futuro dos jovens e de toda a sociedade (MARQUES; CRUZ, 2000).

Segundo Beck e Schneider (2012), as drogas são definidas como qualquer substância que seja capaz de modificar e desorganizar a função biológica e psíquica de qualquer organismo vivo. Essas substâncias ilícitas tornaram-se um problema pela sua expansão e quantidade de pessoas viciadas.

O uso de substâncias e a dependência química trazem diversas implicações na vida do indivíduo, conforme citado acima. Nesse contexto, a problemática norteadora da presente pesquisa constituiu-se em: Como se dá a iniciação na utilização de drogas ilícitas? A partir do problema proposto, o objetivo central deste artigo foi de descrever o que faz com que os usuários tenham experimentado a droga ilícita pela primeira vez. Além disso, propôs-se a identificar como e quando se deu o primeiro uso; verificar por quais drogas ilícitas inicia-se o uso; e transcorrer a sua continuidade e analisar as percepções dos usuários de drogas ilícitas sobre sua própria condição.

Drogas ilícitas

De acordo Nascimento (2013), drogas ilícitas atualmente são consideradas aquelas que não podem ser comercializadas, consumidas e produzidas. Tais substâncias podem ser depressivas, estimulantes ou perturbadores para o sistema nervoso central, o que, muitas vezes, pode ser responsável por alterar o organismo e o comportamento. São drogas ilícitas: maconha, cocaína, *crack*, *ecstasy*, LSD, inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, chá de cogumelo, clorofórmio, ópio, dentre outras. Por serem proibidas, as drogas ilícitas entram no país de forma ilegal, por meio do tráfico que promove a comercialização negra, ou seja, a comercialização feita sem a autorização das autoridades.

Conforme Pinsky e Bessa (2004), os motivos que fazem com que uma pessoa use substâncias psicoativas podem ser os mais diversificados, variando de pessoa para pessoa. Os primeiros contatos com o álcool e outras drogas ocorrem, geralmente, durante o período da adolescência, no qual as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal e pelo controle de impulsos estão ainda em amadurecimento. O consumo precoce de álcool e drogas pode levar o jovem a afastar-se de seu desenvolvimento normal, expondo-o ao risco de evoluir do uso experimental para a dependência.

Dependência Química

A dependência química segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), trata-se de um conjunto de fenômenos comportamentais, fisiológicos e cognitivos, que se desenvolvem por meio do uso repetitivo de determinada substância psicoativa. Trata-se de uma doença multifatorial e crônica, ou seja, significa que a dependência pode se desenvolver de acordo com diversos fatores como a quantidade ingerida, o tipo de substância e a frequência com que ela é utilizada.

Nascimento (2013) relata que a dependência química perante a droga causa muitos prejuízos à vida do usuário. Os motivos pelos quais ele pode vir a depender da substância podem ser os mais variados, desde o poder de transformar emoções, a influência de um grupo de amigos, tentativas de minimizar problemas e sofrimentos, como solidão, baixa autoestima ou falta de confiança. O uso indiscriminado dessas substâncias psicoativas constitui um fenômeno extremamente complexo, ao qual o indivíduo torna-se dependente e, muitas vezes, não consegue se desvencilhar.

Tratamento

De acordo com Medeiros e colaboradores (2013), as drogas tornaram-se uma questão que afeta toda a sociedade em âmbito geral, tanto pelos sintomas que aparecem ao serem utilizadas, como pelos problemas sociais causados pela substância, sendo ainda assim, o tratamento considerado um desafio para os usuários e as pessoas envolvidas nesse processo.

Santos (2015) relata que o tratamento, por muitas vezes, acaba sendo dificultado por fatores variantes, da realidade em que cada pessoa está envolvida, sendo elas desde a própria família, até o ambiente em que o indivíduo está inserido.

Também relatam que, assim, preconceituosamente, deixa-se de considerar o indivíduo usuário de drogas uma criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída, ou seja, estigmatizando-a, especialmente quando o efeito de descrédito sobre ela é muito grande (BARD, 2016).

Nesse sentido, também se pode ressaltar aqui os grupos terapêuticos e autoajuda, os quais os indivíduos participantes poderão relatar seus sentimentos e experiências.

Procedimentos Metodológicos

O método científico trata-se de um conjunto de regras aos quais se aplica uma pesquisa de cunho científico, para que assim se consiga obter resultados mais específicos e confiáveis.

No que tange à abordagem, esta foi uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter exploratório, pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, e torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão. (GIL, 2007, p. 27).

Utilizou-se como referencial teórico a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD é um método que privilegia a análise e não a descrição, as categorias novas em vez de ideias preconcebidas e teorias existentes e a coleta de dados sequenciais focada em amplas amostras iniciais (CHARMAZ, 2009 apud MENDES; LESSA, 2015).

A partir do posto, a entrevista foi aplicada com pacientes internos por dependência de drogas ilícitas da Ala Psiquiátrica de um Hospital do Sul de Santa Catarina, no mês de agosto de 2016. A amostragem foi composta por todos os pacientes que estavam internados, somando um total de nove pessoas. Dessa forma, as entrevistas foram feitas individualmente no Hospital, seguindo roteiro com questões relacionadas ao início do uso de drogas lícitas e ilícitas; quantos anos tinham quando se deu o primeiro uso; como haviam se sentindo; o que os fizeram continuar no mundo das drogas; quais consequências o vício lhes trouxe; como chegaram ao tratamento e quais suas expectativas para o futuro. Vale ressaltar que os trechos das entrevistas encontrados na análise foram codificados de acordo com a ordem em que os indivíduos foram entrevistados.

As análises das entrevistas foram realizadas em duas etapas. A primeira etapa analítica na TFD é a codificação, em que exige uma parada para que se possa questionar de modo analítico os dados coletados. A codificação consiste em duas etapas, codificação inicial e focalizada (CHARMAZ, 2009, p. 67 apud MENDES; LESSA, 2015, p. 11).

O processo supracitado foi realizado no *software* NVIVO®11. De acordo com Guizzo, Krzimirski e Oliveira (2003), o software foi criado para análise qualitativa de dados, lançado em meados de 2002, o QSR Nvivo (*Qualitative Solutions Reaserch*) se fundamenta no princípio de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas. Ao final dele, formaram-se cinco categorias que sustentam o fenômeno, iniciando o uso de drogas por influência de amigos e curiosidade por meio da maconha.

Ressalta-se que, esta pesquisa obedeceu aos preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012, utilizando-se dos seguintes documentos: Carta de Apresentação da Acadêmica Pesquisadora; Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barriga Verde – Unibave e os participantes do estudo assinaram TCLE. Preservou-se ainda a confidencialidade do município, do hospital e da identidade dos participantes. O número do parecer aprovado foi 1.696.488/2016.

Resultados e Discussão

A partir do processo de codificação e categorização dos dados realizados através do programa NVIVO®11, construiu-se o fenômeno iniciando o uso de drogas por influência de amigos e curiosidade por meio da maconha, baseado pela articulação de cinco categorias e vinte e oito subcategorias. A seguir, no quadro 1 apresentam-se dados dos entrevistados.

Quadro 1 - Perfil dos participantes da pesquisa.

Idade	Sexo	Tempo de tratamento (anos)	Escolaridade
30 anos	Masculino	5 a 10	Ensino Médio incompleto
33 anos	Masculino	1 a 5	Ensino Fundamental incompleto
42 anos	Masculino	Acima de 20	Ensino Médio completo
34 anos	Masculino	10 a 0	Ensino Médio completo
32 anos	Masculino	Abaixo de 1	Ensino Médio completo
29 anos	Masculino	Abaixo de 1	Ensino Superior completo
52 anos	Masculino	Acima de 20	Ensino Médio incompleto
30 anos	Masculino	1 a 5	Ensino Fundamental incompleto
24 anos	Masculino	5 a 10	Ensino Médio completo

Fonte: Autores (2016).

Foram entrevistados nove pacientes, do sexo masculino, com idade de 24 a 52 anos, variando entre o tempo em que estão em tratamento de um ano até acima de 20 anos (quadro 1). As categorias foram elaboradas a partir dos dados coletados nas entrevistas realizadas, conforme pode ser visualizado no quadro 2.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias que se relacionaram ao fenômeno exposto.

Iniciando o uso de drogas
1) Iniciando o uso de drogas na adolescência
2) Iniciando o uso de drogas na infância
3) Iniciando o uso de drogas na maior idade
4) Iniciando o uso de drogas na pré-adolescência - 10 a 14 anos
5) Iniciando o uso de drogas para entrar na roda de amigos
6) Iniciando o uso de drogas por curiosidade
7) Iniciando o uso de drogas por influência de amigos e familiares
Vivenciando o uso de drogas
8) Apresentando comportamento ilícito por causa das drogas
9) Apresentando perdas pelo uso das drogas
10) Aumentando a quantidade de drogas em busca de maior efeito
11) Continuando com o uso das drogas por influência de amigos
12) Continuando com as drogas por fácil acesso
13) Continuando o uso das drogas por frustrações e sentimento de revolta
14) Vivenciando fatores negativos com o uso de drogas
15) Vivenciando fatores positivos com o uso de drogas
Buscando ajuda
16) Buscando ajuda por não conseguir parar sozinho

17) Buscando ajuda após ideação suicida
18) Buscando ajuda por meio do Caps
19) Buscando ajuda para mudar de vida
20) Buscando ajuda para não ver pessoas próximas a mim sofrerem
21) Buscando ajuda por motivos familiares
Recaindo no mundo das Drogas
22) Apresentando recaídas
23) Conhecendo novas drogas na recaída
24) Recaindo nas drogas de forma mais prejudicial
25) Recaindo nas drogas por motivo de decepções, frustrações e perda de emprego
Vislumbrando estratégias após alta
26) Apoiando-se em Deus para se livrar das drogas
27) Mudando-se para se afastar das drogas
28) Pensando no futuro
Fenômeno: <u>Iniciando o uso de drogas por influência de amigos e curiosidade por meio da maconha.</u>

Fonte: Autores (2016).

As cinco categorias apresentadas no quadro 2, desencadeiam o fenômeno iniciando o uso de drogas por influência de amigos e curiosidade por meio da maconha.

Ao analisar a primeira categoria - **Iniciando o uso das drogas** - traz respostas relevantes sobre a idade a qual o indivíduo fez uso de drogas pela primeira vez, por qual motivo e qual foi a primeira droga ilícita utilizada. Podemos perceber nessa categoria que todos os entrevistados apontaram como primeira droga ilícita utilizada a maconha e seis dos participantes começaram a utilizá-la na adolescência.

Monteiro e colaboradores (2012), mencionam que a adolescência se caracteriza como uma fase de procura, descobertas, a qual os adolescentes dão muita importância aos seus grupos, relacionamentos, e terminam por entrar em conflito consigo, e com a família quando assumem participar de novos espaços e novos comportamentos. Esse espaço, muitas vezes, torna-os mais vulneráveis a situações externas, tais como o consumo de drogas, delinquência e condutas sexuais de risco.

Outro dado relevante levantado nessa categoria se dá por meio de que os nove entrevistados tiveram a primeira experiência nas drogas por influência dos amigos e familiares:

Combinei com os meus amigos para experimentar, por curiosidade mesmo. (P 01)

Os meus amigos estavam fumando e ficavam me convidando, foi curiosidade mesmo. (P 03)

Os guris estavam com um pacote e me convidaram, eu fui por curiosidade mesmo. (P 04)

Eu fui pra marinha muito novo, lá saíamos em grupo e todos usavam e eu fui na onda. (P 07)

Estudos apontam que muitos adolescentes passam a utilizar substâncias psicoativas, legalizadas ou não, primeiramente por curiosidade e, em um segundo momento, porque os amigos usam. No caso da curiosidade, essa corresponde a uma qualidade natural do ser humano, sendo que alguns indivíduos são naturalmente mais curiosos do que outros. Entretanto, existem períodos da vida nos quais o indivíduo torna-se mais curioso e mais aberto a novas experiências, como é o caso da adolescência (PRATTA; SANTOS, 2006).

A segunda categoria - **Vivenciando o uso das drogas** - remete a discussões relacionadas à maneira como o usuário percebe sua vivência com drogas ilícitas, apresentando suas perdas, ganhos, sentimentos e os motivos eventuais que os fizeram continuar utilizando.

Percebe-se nessa categoria que todos os indivíduos entrevistados apresentaram perdas no decorrer de sua trajetória nas drogas, desde emocionais a bens materiais.

[...] eu perdi carro, moto, namorada, amigos, estudos, eu poderia ter estudado mais. (P 01)

[...] perdas financeiras, físicas, psicológicas, familiares, todos os tipos de perdas. (P 04)

[...] depressão, euforia, perdi minha esposa, quando tinha tudo certo, o problema foi usar. (P 05)

[...] família, emprego, justiça, perdi muito dinheiro, eu poderia estar bem na vida. (P 09)

As drogas geram grande impacto na vida dos usuários, levando a perdas físicas e psíquicas. Elas são responsáveis pela perda de emprego, bens materiais, rompimento dos vínculos familiares e também malefícios à saúde. Manter

relacionamentos conjugais, parentais e de amigos é muito difícil, pois o usuário tem a tendência de substituir o relacionamento com as pessoas pelo com a droga (GABATZ et al., 2013).

Além dos efeitos negativos apresentados, os entrevistados relatam os aspectos positivos que tiveram ao utilizar a droga, desde bem-estar a melhor desempenho no trabalho, porém, de acordo com eles, as consequências ainda foram piores:

[...] com 27 anos conheci a cocaína foi estimulante para ficar mais acordado, para ganhar mais dinheiro, para conseguir coisas para minha família. (P 05)

[...] Me senti leve, eu ria, tropeçava, caía [...]. (P 08)

[...] corpo fica mais leve, muda até o jeito de andar. (P 09)

Muitos dependentes optam por outra droga mais pesada para buscar maior efeito no organismo ou por influência de amigos. As facilidades para conseguir essas substâncias também contribuem para continuidade do uso. Conforme pode-se averiguar nos depoimentos a seguir:

Com 17 anos, comecei a vender cocaína e para aguentar a noite comecei a cheirar, aí com 28 anos comecei no crack porque me separei da mulher. Eu já vendia, aí experimentei e nunca mais deixei. Isso é que nem uma pessoa se apaixonar, tu te apaixona pela droga, só que ela destrói a sua vida. (P 02)

[...] um colega me ofereceu, eu estava bêbado e ele disse que se eu cheirar não ia ficar mais bêbado, mas me arrependi e dali continuei toda sexta e sábado, aí depois quando não fazia mais efeito eu comecei no crack, porque uma amiga me disse que era bom. (P 03)

Com 18 anos eu comecei a sair com mais frequência aí eu tinha fácil acesso a droga. (P 04)

Com 12 anos, comecei direto na maconha, mais ou menos com 13 anos, dei meu primeiro teco, cheirava final de semana quando ia para festas. (P 08)

O indivíduo quando está sob o efeito das sensações da substância química nunca está satisfeito com a quantidade consumida, fazendo-o encontrar inúmeros motivos para aumentar o consumo da droga (MENEZES; SILVA; FERREIRA, 2014).

Barbosa et al., (2015) também mencionam que os usuários buscam atingir os efeitos mais intensos da droga e, para isso, é necessário o aumento da dose. Porém, essas quantidades maiores levam o usuário ao comportamento violento, à irritabilidade, a tremores devido ao aparecimento da paranoia e do medo. Isso leva os usuários a vigiar o local onde estão usando a droga, eles passam a ter uma grande desconfiança uns dos outros, o que os leva a situações extremas de agressividade.

Pode-se observar também que três dos entrevistados apresentaram algum comportamento ilícito em decorrência do uso de drogas, tanto por tráfico ou ao buscá-la com os traficantes.

[...] eu estava prestes a matar pessoas que deviam pra mim por causa dessa maldita, o crack ia me trazer a morte. (P 01)

[...] levei até tiro de polícia por ir buscar a droga. (P 03)

[...] até roubando eu estava, eu não precisava disso, me arrependo muito, eu tinha tudo e perdi. (P 07)

De acordo com Pereira (2014), percebe-se que o tráfico de drogas ilícitas é uma modalidade criminal que traz consigo uma série de outros crimes, principalmente, o crime violento contra o patrimônio e a pessoa.

Vale também ressaltar que os entrevistados colocaram como motivos para continuar nas drogas, frustrações e sentimento de revoltas:

Via meus pais batendo na minha mãe e aquilo me revoltava, aí comecei a guardar maconha pra usar nessas horas. (P 01)

[...] com 28 anos comecei no crack porque me separei da mulher. Eu já vendia, aí experimentei e nunca mais deixei. Isso é que nem uma pessoa se apaixonar, tu te apaixona pela droga, só que ela destrói a sua vida. (P 02)

A terceira categoria - **Buscando ajuda** - traz questões relevantes sobre os motivos e maneiras como cada indivíduo se inseriu no tratamento. Diante da análise realizada, verificou-se que, dos nove pacientes entrevistados, quatro deles alegaram procurar tratamento por querer mudar de vida:

Quero ver se mudo de vida, essa vai ser a minha 4ª vez, acho que aqui vai ser bom, quero voltar a trabalhar e ser o que eu era antes da droga, eu tinha profissão. (P 02)

Eu quero melhorar e recuperar a minha vida de volta, quero ficar bem de novo e ganhar mais dinheiro. (P 03)

Outro dado relevante em relação à busca de tratamento, refere-se ao fato de o usuário, que antes de buscar o tratamento tenta parar com o uso contínuo de drogas sozinho e, ao perceber que não consegue, busca ajuda:

Cheguei aqui porque me mudei pra um lugar mais afastado, tentei parar sozinho, mas fiquei em abstinência e não consegui. (P 04)

Queria mudar de vida, não consegui parar sozinho, quando perdi namorada, amigos, emprego, sabia que tinha que parar, perdi 80% do meu dinheiro. (P 05)

Eu vim de uma recaída, tive muitas frustrações na vida e via a droga como uma forma de fugir, por isso eu pedi o tratamento, porque não consegui parar sozinho. (P 09)

Assim, observa-se nos depoimentos que a atitude de mudar de vida e perceber que precisa de ajuda deve vir do próprio indivíduo. É de grande valia saber reconhecer a impotência sobre a droga, enquanto o usuário imagina que a domina, ele não consegue parar, pois o poder dela sobre o dependente é muito grande. Percebe-se também no depoimento de P 04 que ele tentou parar, mas teve crise de abstinência, fazendo-o com que recaísse.

Outro ponto comentado pelos usuários é a influência das pessoas ao seu redor por buscarem tratamento. Eles apontam que as pessoas se afastaram ao longo de sua trajetória com as drogas: entres elas se encontram amigos, namoradas e filhos. E buscam por tratamento por quererem reaver esses relacionamentos.

[...] quando perdi namorada, amigos, emprego, sabia que tinha que parar, perdi 80% do meu dinheiro. (P 06)
Me separei da minha esposa, alguém me denunciou e tiraram o nosso filho, e exigiram que eu me internasse para conseguir meu filho de volta. (P 08)

Conforme Rocha *et al.* (2015), a solidão incomoda muito e a sensação de perder os laços familiares é desesperador. Rodeiam esse contexto sentimentos de que seus parentes não mais os respeitam, muito menos acreditam em suas escolhas atuais ou promessas de abstermia. Os rompimentos dos relacionamentos afetivos também estão presentes nesse contexto de perdas. Dessa maneira, quando os usuários percebem que podem ter seus laços familiares reconquistados, a motivação para o tratamento torna-se evidente e, quando a família consegue participar efetivamente desse tratamento, o caminho para a abstinência torna-se menos doloroso.

Diante do contexto supracitado, outro ponto relevante é a influência do CAPS, mediando o indivíduo com o tratamento.

Um dia estava de boa lá em casa e resolvi ir no CAPS, falei com o psicólogo e me arrumaram uma clínica. (P 02)
Eu procurei o CAPS e o psicólogo me encaminhou, quero limpar meu sangue e me manter longe das drogas [...]. (P 05)

Com relação ao CAPS, Cruz, Fernandes e Anjos (2015) afirmam que, a Saúde Mental está relacionada à percepção das pessoas, às exigências da vida e ao modo como harmonizam suas capacidades e emoções. Implica em saber lidar com conflitos e transições importantes nos diferentes ciclos da vida. Para a redução de danos, de dependentes químicos foram criados os CAPS, que se tornaram política do SUS em 1992, experiência brasileira com novas estratégias de ações de promoção da saúde.

A quarta categoria - **Recaído no mundo das drogas** - refere-se ao momento no qual o dependente químico apresenta recaídas, muitas vezes com outras drogas mais pesadas, por motivo de decepções, frustrações e perda de emprego.

Percebe-se nessa categoria que cinco dos entrevistados relataram não ser a primeira experiência ao buscar ajuda com o vício, que estavam ali porque recaíram nas drogas.

Essa é a 3ª vez que estou internado, sempre recaí para o crack. Isso aí é coisa do demônio, meu estado é 100% grave, já tentei me matar mas não tive coragem de tirar a minha vida. (P 01)

Um dia estava de boa lá em casa e resolvi ir no Caps, falei com o psicólogo e me arrumaram uma clínica. A primeira vez eu fui obrigado pelo minha mulher, não deu mito resultado, a 2ª foi a minha madrasta e eu queria o tratamento, mas os remédios eram muito fracos. E a 3ª também quis, mas na clínica não tinha psicólogo, nem assistente social, e nem médico. Quero ver se mudo de vida, essa vai ser a minha 4ª vez, acho que aqui vai ser bom, quero voltar a trabalhar e ser o que eu era antes da droga, eu tinha profissão. (P 02)

A primeira vez que fui internado em uma comunidade terapêutica foi para não ser demitido, e por causa da minha ex-mulher, para tentar dar uma vida pra ela. Essa é a 2ª internação e espero que seja a última, estou com outra pessoa e ela me incentivou muito, quero mudar pra não fazê-la sofrer. (P 04)

Eu vim de uma recaída, tive muitas frustrações na vida e via a droga como uma forma de fugir, por isso eu pedi o tratamento, porque não consegui parar sozinho. (P 09)

Nos relatos apresentados, pode-se identificar que os usuários resolveram procurar por ajuda devido a algum incentivo no quesito relacionamento, necessidade pessoal ou para deixar de perder algo.

Rezende e Pelícia (2013) afirmam que a retomada do uso de substância depois de um período de abstinência é uma frustração; porém, é parte do processo de recuperação. Altas taxas de recaídas são encontradas para vários abusos de substâncias, incluindo opiáceos, cocaína, álcool e tabaco.

Pode-se também verificar que a presença de decepções emocionais pode influenciar para uma possível recaída.

Essa daqui é a minha 3ª vez internado, na primeira vez fiquei 7 anos limpo, aí fui pra Europa trabalhar, arrumei uma mulher, dei pra ela meu apartamento e dinheiro, até que uma dia voltei mais cedo pra casa e peguei ela na cama com meu melhor amigo. Ela foi embora com metade do meu dinheiro, e recaí. Aí voltei para o Brasil, gastei o resto de dinheiro que tinha me sobrado em droga. Voltei pra casa da minha mãe e me interneí. Quando saí, a louca veio atrás de mim, e recaí de novo. E agora estou aqui. (P 03)

Eu vim de uma recaída, tive muitas frustrações na vida e via a droga como uma forma de fugir. Por isso eu pedi o tratamento. (P 09)

O principal objetivo da prevenção de recaída é tratar o problema e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência. Baseada em uma estrutura cognitivo-comportamental, a prevenção de recaída busca identificar situações de risco em que o dependente químico está vulnerável a ela e usar estratégias para prevenir futuros episódios. Importante ressaltar a abordagem cognitivo-comportamental, que é a técnica mais utilizada, mas não é a única com efeito comprovado (CZARNOBAY et al., 2015).

Ao analisar a quinta e última categoria - **Vislumbrando estratégias após a alta** - pode-se verificar que os nove entrevistados pensam em um futuro sem as drogas, buscando reaver o que perderam por causa do vício.

Disso eu quero poucas coisas, porque quando passamos por uma droga dessas, a gente tem que acreditar em Deus. Quero sair daqui, tirar carteira de caminhão para trabalhar, alugar uma kitnet, quero ficar bem, viver a vida no mais simples, decente sem droga, esse é o meu começo. (P 01)

Eu quero melhorar e recuperar a minha vida de volta, quero ficar bem de novo e ganhar mais dinheiro. (P 03)

[...] quero limpar meu sangue e me manter longe das drogas, álcool e cocaína, e depois quero continuar no Caps, quero saúde, vou deixar de fumar. (P 05)

Estou aqui por vontade própria, quero me curar, até roubando eu estava, eu não precisava disso, me arrependo muito, eu tinha tudo e perdi. Eu quero sair daqui com outra personalidade, com mais dignidade, autoestima e amor próprio. (P 07)

Além de conseguir meu filho, quero reaver meu casamento, sair daqui bem, não usar mais drogas e parar de usar maconha. (P 08)

Eu quero reaver tudo o que perdi e reconquistar a minha família. (P 09)

Nos depoimentos supracitados, os usuários relatam estar no tratamento em busca de reaver o que perderam e reconquistar os vínculos quebrados. Rocha et al., (2015) mencionam que o sentimento de querer reconstituir o que foi perdido devido ao uso da droga, o medo da morte e de perder o vínculo com os familiares e o desejo de ser aceito novamente pela sociedade mostram-se como marco inicial para o abandono do vício.

Diante do que foi debatido nas categorias pesquisadas, é importante salientar sobre as políticas de tratamento de drogas no Brasil. As proposições legislativas abrangem um aspecto bastante variado da atuação do Estado frente à sociedade e ao indivíduo, de conteúdo repressivo, preventivo ou de assistência à saúde, como: fixação de pena privativa de liberdade, internação compulsória, criação de hospitais, clínicas ou entidades especializadas no tratamento, dentre elas as comunidades terapêuticas. Na adoção das políticas públicas, o Estado deve observar a dignidade da pessoa humana como um fator de limitação das medidas a serem adotadas e como algo a ser observado e protegido. Estão vedados o tratamento do usuário como meio, e não como fim da política pública, e o desrespeito à autodeterminação segundo suas convicções e individualidades. (GOMES; ALVES, 2013, p. 291).

De acordo com a análise das categorias e subcategorias e o que acontece no evento estudado surge o fenômeno, que é a ideia central sobre ações ou interações conduzidas por indivíduos. A análise dos dados permitiu construir o modelo teórico apontando para o fenômeno: **"Iniciando o uso de drogas por influência de amigos e curiosidade por meio da maconha"**.

De acordo com os entrevistados, a iniciação do uso das drogas se deu por meio de influência de amigos, por curiosidade, e a primeira droga ilícita utilizada se caracteriza pela maconha. Percebe-se também, que os usuários tiveram perdas significativas durante o vício, e buscaram o tratamento ao perceberem que não conseguiram parar sozinhos, por motivos familiares, para mudar de vida e não verem pessoas próximas a eles sofrerem. Ao recair, elencam motivos de decepção, frustração e perda de emprego. E ao buscar tratamento, pensam em um futuro diferente do que estão vivendo, percebe-se que os nove entrevistados apresentaram perspectivas de uma vida sem drogas.

Considerações Finais

Diante do estudo desenvolvido, pode-se concluir que o uso de drogas ilícitas se trata de um problema de saúde pública, cada vez mais abrangente na sociedade. Percebe-se que os usuários iniciam o uso de drogas ilícitas com a maconha, entre as idades de oito e dezoito anos, por influência de amigos e curiosidade.

De acordo com os entrevistados, não é a primeira internação a qual eles estão submetidos, recaíram nas drogas por algum sentimento de frustração e decepção. Os dados demonstram também que os usuários, ao entrarem em tratamento, buscam reaver o que perderam por causa do vício, desde perdas emocionais a bens materiais, que são citados por eles.

Espera-se que este estudo possa contribuir para as Ciências da Saúde, uma vez que traz contribuições sobre o uso, o tratamento das drogas e as perdas, na percepção dos próprios usuários.

Ficou evidente que os usuários anseiam por saírem das drogas para reconstituírem as suas vidas, e para isso precisa-se de uma rede integrada, incluindo saúde, educação, assistência social, justiça e a sociedade em geral.

Referências

- ANDRADE, A. L. M.; MICHELI, D. de; SILVA, E. A. da. **Neurociências do abuso de drogas em adolescentes. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**, Minas Gerais: UFJF, 2014. Disponível em: <https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=9d99a8aa-6acb-4f7b-934c-710af87d22a3&groupId=10157>. Acesso em: 31 out. 2016.
- BARBOSA, K. K. S. et al., Concepções de usuários de crack acerca da droga. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 286-294, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13474/pdf>> Acesso em: 31 out. 2016.
- BARD, N. DUARTE et al., Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.
- BECK, A. J.; SCHNEIDER, J. F. Dependência do crack: repercussões para o usuário e sua família. **Ver. saúde desenvolvimento**. v. 1, n. 2, p. 60-79, jul./dez., 2012.
- BUCHER, R. Drogas: o que é preciso saber para prevenir. *In: Drogas: o que é preciso saber para prevenir*. São Paulo: Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo, 1994.

CRUZ, A.O. da; FERNANDES, B.C.; ANJOS, R.M.P. dos. Saúde mental e vulnerabilidade social: pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, CAPS Sorocaba – SP. Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, out. 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24830>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

CZARNOBAY, J. et al., Determinantes intra e interpessoais percebidos pela família como causa da recaída do dependente químico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 93-106, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1008>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

GALHARDI, C. C. et al., **Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares**: trajetórias, cotidianos e desafios. 2016. São Carlos, Universidade Federal de São Carlos Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Disponível em:<<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7298/DissCCG.pdf?sequencia=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 31 out. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
MARTINS, C. B. de G. et al., Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 359. Disponível em:<[file:///C:/Users/user/Downloads/16870-80919-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/16870-80919-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2016.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36, dez., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2016.

MENDES, J. da S.; LESSA, G. **O alcoolismo e a desintoxicação hospitalar**: a visão do usuário. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso - (Graduação) - Curso de Enfermagem. Centro Universitário Barriga Verde – Unibave, 2015.

MENEZES, N. G. A.; SILVA, G. K. R. da; FERREIRA, C. S. Atuação do Enfermeiro Frente à Dependência Química da Cocaína. **Sempesq**, n. 16, 2014. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/sempesq/article/view/351>>. Acesso em: 31 out. 2016.

MONTEIRO, C. F. S. et al., Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, jul./set., 2012. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a11.pdf> >. Acesso em: 2 nov. 2016.

NASCIMENTO, R. R. **Consumo de drogas na Adolescência**. 2013. Disponível em:< <https://psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/consumo-de-drogas-na-adolescencia>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 2008. Disponível em:

<www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 31 out. 2016.

PEREIRA, E. G. **O tráfico de drogas ilícitas: uma modalidade do crime organizado**. 2014. Disponível em: <http://www.bibliotecapolicial.com.br/upload/documentos/o-traffic-de-drogas-e-o-crime-organizado-21069_2011_8_7_51_24.pdf>. Acesso em: 31 out. 2016.

PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18066976200600020005>. Acesso em: 2 nov. 2016

REZENDE, M. M.; PELICIA, B. Representação da recaída em dependentes de crack. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 9, n. 2, p. 76-81, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000200005>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ROCHA, W. da S. *et al.* Crack users perceptions of factors that influence use and addiction. SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 129-135, set. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000300003>. Acesso em: 2 nov. 2016.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 nov. 2016.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2016.

Dados para contato:

Autor: Rodrigo Moraes Krueel

E-mail: rmkpsico@hotmail.com

AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO ATRAVÉS DO ÍNDICE BODE DA DPOC EM PACIENTES PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

Artigo Original
Ciências da Saúde

**Ana Claudia Medeiros da Silva¹; Rodrigo Moraes KrueI²; Greice Lessa²;
Adalberto Alves de Castro²; Claudio Sérgio da Costa²**

1. Egressa do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC); 2. Núcleo de Estudos Aplicados a Saúde (NEAS) – Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE)

Resumo: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por obstrução crônica e irreversível das vias aéreas associada à bronquite crônica e/ ou enfisema pulmonar. A limitação ao fluxo aéreo é progressiva, e associa-se a uma resposta anormal a partículas tóxicas ou a gases nos pulmões. Os sintomas mais comuns nos portadores de DPOC são a tosse, secreção e dispneia. O objetivo do estudo foi avaliar o prognóstico de pacientes com DPOC grave e muito grave através do Índice BODE em participantes e não participantes de um Programa de Reabilitação Pulmonar. Participaram da pesquisa oito portadores de DPOC grave e muito grave que realizam Reabilitação Pulmonar e seis que não realizam. Foi calculado o Índice BODE dos pacientes usando as variáveis: teste de caminhada de seis minutos, escala de dispneia, índice de massa corporal e grau de obstrução ao fluxo aéreo (VEF₁). Não houve diferença significativa entre os grupos, mas pode-se observar que os testes de caminhada e o grau de dispneia dos pacientes que realizam reabilitação tendem a ser melhores que os que não realizam, fazendo com que o Índice BODE desses indivíduos seja melhor, e conseqüentemente melhore o prognóstico dos pacientes que realizam Fisioterapia.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Reabilitação pulmonar. Prognóstico. Índice BODE.

EVALUATION OF PROGNOSIS THROUGH THE BODE INDEX OF COPD IN PATIENTS PARTICIPATING IN AND NOT PARTICIPATING IN A PULMONARY REHABILITATION PROGRAM

Abstract: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is characterized by chronic and irreversible airway obstruction associated with chronic bronchitis and / or pulmonary emphysema. Airflow limitation is progressive, and is associated with an abnormal response to toxic particles or gases in the lungs. The most common symptoms in COPD patients are cough, discharge and dyspnea. The aim of this study was evaluated the prognosis of patients with severe and very severe COPD through

the BODE index in participants and non-participants of a pulmonary rehabilitation program. There were eight patients with severe and very severe COPD who perform Pulmonary Rehabilitation and six that do not perform. BODE index was calculated using the variables of patients: test of six-minute walk, dyspnea scale, body mass index and degree of airflow obstruction (FEV₁). There was no significant difference between groups, but it can be observed that the walking tests and the severity of dyspnea in patients who undergo rehabilitation tend to be better than those who do not realize, causing the BODE index of these individuals is better and thus improve the prognosis of patients who undergo physiotherapy.

Key-Words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Pulmonary rehabilitation. Prognostic. BODE Index.

Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória caracterizada pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, não sendo totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos brônquios e bronquíolos à inalação de partículas ou gases tóxicos, sendo o tabagismo o principal fator causal. Embora a DPOC comprometa os pulmões, ela também produz consequências sistêmicas significativas (MATTOS, 2009; SBPT, 2004).

A DPOC é importante causa de morbidade e mortalidade no mundo todo (MENEZES et al., 2005; SIMON et al., 2009) e as doenças respiratórias são a terceira causa de perda de dias de trabalho, sendo a DPOC a responsável por 56% das faltas ao trabalho entre os homens e 24% entre as mulheres (BAGATIN; JARDIM; STIRBULOV, 2006).

A avaliação do Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF₁) a partir da espirometria, é uma das melhores formas de se verificar a limitação do fluxo aéreo de pacientes com DPOC. Esta variável fornece uma significativa descrição da gravidade das alterações pulmonares da doença, porém, o VEF₁ informa apenas o comprometimento da função pulmonar dos pacientes e não os avalia de forma sistêmica (GARROD et al., 2009; SIMON et al., 2009). O prognóstico da DPOC deve ser associado a diferentes marcadores, devido ao caráter sistêmico da doença (DE GODOY, 2007).

A fim de classificar a doença, o índice de BODE (De Godoy, 2007), surge como um preditor do prognóstico possuindo dez pontos que combinam as medidas do IMC, da intensidade de obstrução das vias aéreas, da dispneia e da capacidade de

exercício, por conseguinte ele avalia as manifestações respiratórias e sistêmicas da DPOC (CELLI et al., 2004).

Os pacientes portadores de DPOC se beneficiam dos programas de reabilitação pulmonar sob vários aspectos; alguns não são mensuráveis, pois não há evidências de melhoras dos parâmetros espirométricos, mas existem melhoras sensíveis na qualidade de vida, sensação de dispneia, autoestima e da força muscular (IUNES FILHO, GUAZZELLI; FISS, 2009).

Assim sendo, o presente estudo surgiu com o intuito de avaliar o prognóstico da DPOC através do Índice BODE de pacientes portadores de DPOC grave e muito grave, participantes e não participantes de um grupo de reabilitação pulmonar.

Procedimentos Metodológicos

O presente estudo caracteriza-se como transversal e observacional, de abordagem quali-quantitativa (VIEIRA; HOSSNE, 2015), em pacientes participantes do Programa de Reabilitação Pulmonar da Clínica de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC e pacientes constituintes da lista de espera para este mesmo Programa.

Como critérios de inclusão para a população estudada referem os pacientes com diagnóstico clínico de DPOC e classificação GOLD grave e muito grave (SBPT, 2004), com idade superior a 40 anos, de ambos os sexos e aceitar participar do estudo por meio de assinatura do TCLE. Foram excluídos os pacientes hemodinamicamente instáveis, com incapacidade de realização dos testes e os que não aceitaram participar da pesquisa.

A população inicial constituía-se de 14 indivíduos com DPOC que participavam do Programa de Reabilitação Pulmonar e 25 que estavam na fila de espera para participar deste programa. Quanto aos que estavam na fila de espera, não foi possível contatar 12 indivíduos e 1 não concordou em participar da pesquisa, restando 12 indivíduos. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa foram esclarecidos com relação aos objetivos da mesma e antes da coleta assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em todos os pacientes que preencheram o perfil inicial do estudo foi realizada espirometria conforme o II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 2004 (SBPT, 2004), com o aparelho Vitratrace VT 130 SL. A severidade da

doença foi classificada por intermédio da função pulmonar com os valores espirométricos baseados no II Consenso Brasileiro de DPOC (SBPT, 2004).

Dos participantes do Programa de Reabilitação Pulmonar, somente 8 fizeram parte do estudo, uma vez que teriam que se enquadrar no estágio grave e muito grave da doença segundo a classificação GOLD, e do grupo sem Fisioterapia apenas 6 se enquadraram por apresentarem estágio grave e muito grave. Estes pacientes deram continuidade à pesquisa.

Os pacientes foram pesados e medidos, sendo que o peso foi medido com os pacientes trajando roupas leves e sem sapatos. A estatura foi medida com o paciente descalço, de costas para o marcador, com os pés unidos, em posição ereta e olhar fixo na altura da linha do horizonte. O índice de massa corpórea (IMC) foi calculado com base no peso (em Kg) e na estatura (em metros) através da equação peso/estatura^2 .

Para avaliar o grau de dispneia, foi utilizado o Medical Research Council Dyspnea Score (MRC), e em seguida os pacientes foram submetidos ao teste de caminhada de seis minutos presente no *ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test* (ATS, 2002).

Os dados coletados foram classificados de acordo com o índice BODE. Os dados obtidos nas avaliações foram devidamente tabulados, analisados e avaliados pelo programa de estatística SPSS 17.0 para Windows utilizando análise descritiva de frequências para análise: média e DP. Para comparar os resultados entre os grupos foi utilizado o Teste T de Student para amostras independentes. Depois de realizados os testes estatísticos, os dados foram transferidos ao programa Microsoft Excel para construção de gráficos e tabelas e assim, confrontados com a literatura científica. Vale ressaltar que todas as análises estatísticas foram realizadas com 95% de confiança e 5% de significância.

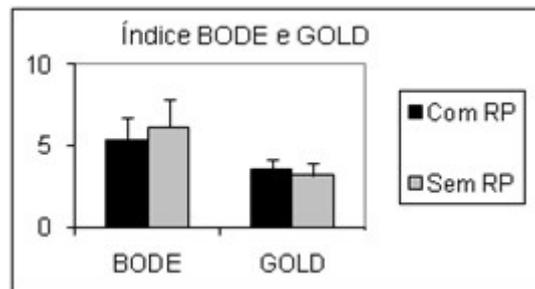
Este Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde com o número 244/2009.

Resultados e Discussão

Foram avaliados 14 indivíduos portadores de DPOC grave e muito grave, dos quais 8 indivíduos (4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino) participam de reabilitação pulmonar e 6 (2 do sexo feminino e 4 do sexo masculino) não participam.

A média de idade em anos do grupo com Reabilitação Pulmonar (RP) foi de $56,75 \pm 5,23$ e do grupo sem RP $55,83 \pm 7,05$. Dos 8 indivíduos do primeiro grupo, 3 tinham obstrução grave e 5 muito grave, de acordo com a classificação proposta por GOLD e dos 6 indivíduos do segundo grupo, 4 se enquadram em obstrução moderada e 2 em obstrução grave.

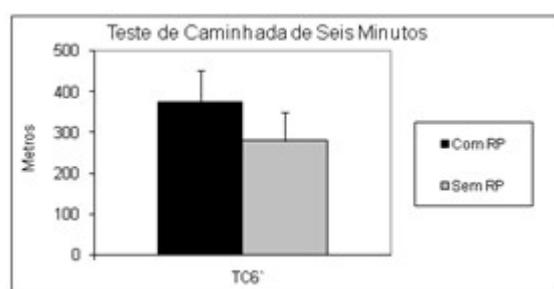
Gráfico 1 - Índice de BODE e GOLD



Fonte: Autores (2016).

A Gráfico 1 mostra que pacientes que realizam RP apresentam média do Índice BODE de $5,38 \pm 1,3$, sendo menor quando comparado com aqueles que não realizam, apresentando escore de $6,16 \pm 1,7$, no entanto, a classificação GOLD de indivíduos que participam de RP tem como média $3,50 (\pm 0,75)$ e os que não participam, média de $3,33 (\pm 0,5)$.

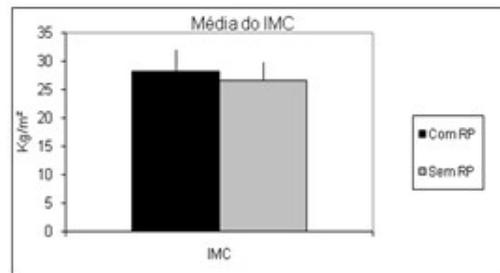
Gráfico 2 - Teste de Caminhada de Seis Minutos



Fonte: Autores (2016).

O Gráfico 2 indica que portadores de DPOC que realizam PRP alcançam uma distância maior ($373,75 \pm 76,85$ m) do que portadores de DPOC que não realizam PRP ($279,67 \pm 70,30$ m).

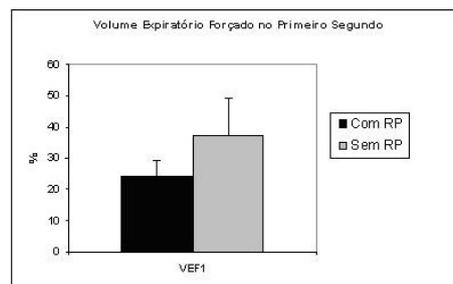
Gráfico 3 - Média do IMC



Fonte: Autores (2016).

O gráfico 3 demonstra o Índice de Massa Corpórea quando analisado comparando pacientes que realizam (28,25 ± 3,92) e que não realizam PRP (25 ± 4,29) mostra que aqueles possuem um IMC maior.

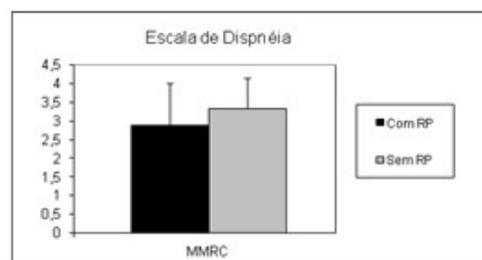
Gráfico 4 - Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo



Fonte: Autores (2016).

O Gráfico 4 indica que os pacientes participantes de RP demonstram VEF₁ menor (24,19 ± 5,21) do que pacientes que não realizam RP (37,15 ± 11,83).

Gráfico 5 - Escala de dispnéia



Fonte: Autores (2016).

Como demonstrado no gráfico 5, os pacientes pertencentes ao PRP apresentam menor grau de dispneia ($2,87 \pm 1,12$) comparado aos pacientes não pertencentes ($3,33 \pm 0,82$), apesar de apresentarem maior gravidade da doença segundo o GOLD.

Para padronizar os sistemas de estadiamento da DPOC, foi desenvolvida a classificação GOLD (SBPT, 2004), que compreende quatro fases com base no VEF_1 . Essa classificação tem sido associada com aumento do risco de mortalidade. No entanto, existem dúvidas quanto à adequação da classificação GOLD no impacto da doença sobre o estado de saúde de forma adequada (FREITAS, PEREIRA, VIEGAS, 2007; HUIJSMANS et al., 2008;).

A fim de melhor predizer o prognóstico da DPOC foi criado o Índice de BODE, que classifica a doença de forma mais sistêmica do que simplesmente pelo grau de obstrução das vias aéreas (COTE; CELLI, 2005).

No presente estudo, como mostra a gráfico 1, comparando o Índice BODE com a classificação GOLD, os pacientes que realizam Reabilitação Pulmonar apresentam média de gravidade maior segundo o GOLD e uma média de escore do índice BODE menor, apesar de não ser estaticamente significativo, constatando com BODE que quem realiza Fisioterapia apresenta melhor prognóstico em comparação com os que não realizam o programa, apesar de a patologia ser mais grave segundo o GOLD.

Em um estudo do vale do Itajaí, pacientes inativos fisicamente apresentavam maior índice BODE do que os ativos fisicamente, (SIMON et al., 2009), em outro estudo, (COTE; CELLI, 2005), foi avaliado o índice BODE em pacientes que realizaram Reabilitação Pulmonar e em pacientes que não realizaram, e após um ano, os que não realizam reabilitação apresentaram uma piora de 4% no índice BODE.

Sabe-se que a RP pode melhorar alguns marcadores de mortalidade em pacientes com DPOC, como a dispneia, estado de saúde, capacidade de exercício, diante disso, há a hipótese de que a RP seria capaz de modificar a gravidade da DPOC e os riscos para a mortalidade, medida pelo índice BODE (COTE; CELLI, 2009), como acontece no presente estudo, acredita-se que os pacientes tenham um índice de BODE menor devido à participação no programa de reabilitação pulmonar.

O gráfico 2 mostra as médias da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (TC6). O TC6 tem sido muito utilizado na avaliação de resultados de programa de reabilitação e é utilizado para calcular o índice BODE (MOREIRA; MORAES; TANNUS, 2001). A distância percorrida sofre a influência da limitação

funcional, dos sintomas, das manifestações sistêmicas da doença e do desempenho cardiopulmonar, por isso é um teste considerado um bom marcador de prognóstico da DPOC (PELEGRINO et al., 2009). Autores afirmam que a capacidade para o exercício melhora após programa de reabilitação pulmonar, quando inferida pela melhora no teste da caminhada (MOREIRA; MORAES; TANNUS, 2001).

Associa-se o valor (≤ 350 m) da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos à maior mortalidade em pacientes portadores de DPOC (SPRUIT et al., 2010). Nos pacientes participantes da presente pesquisa, que não realizam reabilitação pulmonar, a média da distância percorrida no TC6 foi de 279,67m ($\pm 70,3$), já a média da distância percorrida pelos pacientes participantes do PRP foi de 373,75m ($\pm 76,85$), não tendo diferença estatisticamente significativa como mostra o gráfico 2. Porém pode-se observar, que há uma tendência de portadores de DPOC que participam do programa de reabilitação apresentarem um melhor rendimento ao teste de caminhada de 6 minutos em relação aos que não participam; acredita-se que isto possa ter ocorrido devido à melhora na capacidade de exercício comumente trazida pela Reabilitação Pulmonar.

O índice de massa corporal (IMC) é considerado um fator independente de prognóstico da DPOC e compõe o índice BODE. São considerados valores abaixo de 21 Kg/m² como associados a um maior risco de morte nesses pacientes (CELLI et al., 2004; SPRUIT et al., 2010).

Nesta pesquisa, apenas 1 indivíduo, não participante de RP apresentou IMC abaixo de 21 Kg/m² e nenhum dos participantes do PRP apresentou IMC abaixo de 21 Kg/m². Pode-se observar também, através do gráfico 3, que a média do IMC dos participantes do programa é um pouco maior (28,25 Kg/m² \pm 3,92) que a média do IMC dos não participantes (25 Kg/m² \pm 4,29), não apresentando diferença estatisticamente significativa entre os mesmos. Apesar de ambos os grupos não apresentarem média de IMC menor que 21 Kg/m², pode-se observar que os que realizam Reabilitação Pulmonar apresentam uma média ainda maior em comparação aos que não realizam, mostrando que a Fisioterapia pode estar melhorando também neste quesito pacientes portadores de DPOC. Isso pode ser explicado pela tendência que os portadores que realizam Reabilitação Pulmonar têm em aumentar sua capacidade de exercício e evitar a perda de massa magra do corpo.

Os pacientes investigados encontravam-se nos estágios III e IV da doença segundo GOLD (grave e muito grave), sendo que o VEF₁ nesse caso, não ultrapassa

50%. Como demonstra o gráfico 4, os pacientes participantes do PRP apresentam média do VEF₁ de 24,19 (\pm 5,21) já a média do VEF₁ dos pacientes não participantes do PRP foi de 37,15 (\pm 11,83), não sendo estatisticamente significante.

Em um estudo realizado em Brasília (ZANCHET; VIEGAS; LIMA, 2005), onde foram avaliados os parâmetros espirométricos, não foi encontrado melhoras após um programa de reabilitação pulmonar. Neste estudo, os pacientes que realizam RP apresentam-se mais graves em relação ao VEF₁ do que os que não realizam RP, acredita-se que a causa seja porque os pacientes mais graves tendem a procurar mais os programas de reabilitação pulmonar e ao fato de que a RP não melhora diretamente a função pulmonar, e sim outros sintomas associados à doença.

A sensação de dispneia é um dos marcadores de prognóstico da DPOC, através da Reabilitação Pulmonar, pode-se ter uma diminuição deste sintoma (BEAUMONT; LE BER-MOY; NOWAK, 2009; FERNANDES, 2009; HOUSSIÈRE et al., 2010; NETO; AMARAL, 2003). O gráfico 5 mostra que apesar de os pacientes incluídos no estudo que realizam Fisioterapia apresentarem maior gravidade segundo o VEF₁, eles também apresentam menor sensação de dispneia ao serem comparados com os pacientes que não fazem fisioterapia, mesmo não tendo diferença estatisticamente significante, o resultado aponta como uma tendência de participantes apresentarem diminuição na sensação de dispneia, corroborando com um estudo realizado em Morlaix, na França (BEAUMONT; LE BER-MOY; NOWAK, 2009), onde pacientes que realizaram Reabilitação Pulmonar apresentaram diminuição da sensação de dispneia.

Considerações Finais

Pode-se observar com a realização deste estudo, que apesar de os participantes do Programa de Reabilitação Pulmonar apresentarem maior gravidade da doença em relação à função pulmonar, os mesmos apresentaram melhores índices de dispneia, capacidade de exercício e IMC, conseqüentemente, um melhor prognóstico através do índice BODE. A Fisioterapia é importante para esses pacientes, pois tende a aumentar a sobrevida, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. E que o índice de BODE é uma ferramenta de simples execução que proporciona melhores resultados quanto ao prognóstico do paciente em relação à Classificação GOLD.

Referências

ATS COMMITTEE ON PROFICIENCY STANDARDS FOR CLINICAL PULMONARY FUNCTION LABORATORIES et al. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 166, n. 1, p. 111, 2002.

BAGATIN, Ericson; JARDIM, José Roberto Brito; STIRBULOV, Roberto. Doença pulmonar obstrutiva crônica ocupacional. **J Bras Pneumol**, v. 32, n. s2, 2006.

BEAUMONT, Marc; LE BER-MOY, Catherine; NOWAK, Emmanuel. Comparaison de l'efficacité d'un programme de réhabilitation respiratoire: En fonction des stades de la BPCO, selon GOLD et l'index BODE. **Kinésithérapie, la revue**, v. 9, n. 96, p. 36-43, 2009.

CELLI, Bartolome R. et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. **New England Journal of Medicine**, v. 350, n. 10, p. 1005-1012, 2004.

COTE, C. G.; CELLI, B. R. Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. **European Respiratory Journal**, v. 26, n. 4, p. 630-636, 2005.

COTE, Claudia G.; CELLI, Bartolome R. BODE index: a new tool to stage and monitor progression of chronic obstructive pulmonary disease. **Pneumonol Alergol Pol**, v. 77, n. 3, p. 305-313, 2009.

DE GODOY, Irma. Avaliando a gravidade e o prognóstico da doença pulmonar obstrutiva crônica: a medida do VEF1 ainda é suficiente?. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, n. 4, p. 23-24, 2007.

FERNANDES, Alba Barros Souza. Reabilitação respiratória em DPOC—a importância da abordagem fisioterapêutica. **Pulmão RJ**, v. 1, n. 1, p. 71-78, 2009.

FREITAS, Clarice Guimarães de; PEREIRA, Carlos Alberto de Castro; VIEGAS, Carlos Alberto de Assis. Capacidade inspiratória, limitação ao exercício, e preditores de gravidade e prognóstico, em doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 4, p. 389-396, 2007.

GARROD, R. et al. Development and validation of a standardized measure of activity of daily living in patients with severe COPD: the London Chest Activity of Daily Living scale (LCADL). **Respiratory medicine**, v. 94, n. 6, p. 589-596, 2000.

HOUSSIÈRE, Anne et al. L'index BODE: révélateur de l'intérêt de l'évaluation de la dysfonction musculaire chez le BPCO: The BODE index: revealing the usefulness of assessing muscle dysfunction in COPD. **Kinésithérapie, la revue**, v. 10, n. 99, p. 33-37, 2010.

HUIJSMANS, Rosalie J. et al. The clinical utility of the GOLD classification of COPD disease severity in pulmonary rehabilitation. **Respiratory medicine**, v. 102, n. 1, p. 162-171, 2008.

IUNES FILHO, José Luiz; GUAZZELLI, Adriano C.; FISS, Elie. Doença pulmonar obstrutiva crônica. **Rev Bras Med**, p. 64-68, 2006.

MATTOS, Waldo Luís Leite Dias de et al. Acurácia do exame clínico no diagnóstico da DPOC. **J. bras. pneumol**, v. 35, n. 5, p. 404-408, 2009.

MENEZES, Ana Maria B. et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. **The Lancet**, v. 366, n. 9500, p. 1875-1881, 2005.

MOREIRA, Maria Auxiliadora Carmo; MORAES, Maria Rosedália de; TANNUS, Rogério. Teste da caminhada de seis minutos em pacientes com DPOC durante programa de reabilitação. **J Pneumol**, v. 27, n. 6, p. 295-300, 2001.

NETO, J. E. C. M.; AMARAL, Ridailda de Oliveira. Reabilitação pulmonar e qualidade de vida em pacientes com DPOC. **Lato & Sensu**, v. 4, n. 1, p. 3-5, 2003.

PELEGRINO, Nilva Regina Gelamo et al. Influência da massa magra corporal nas repercussões cardiopulmonares durante o teste de caminhada de seis minutos em pacientes com DPOC. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 1, p. 20-6, 2009.

SIMON, Karen Muriel et al. Índice prognóstico de mortalidade BODE e atividade física em doentes pulmonares obstrutivos crônicos. **Rev. bras. med. esporte**, v. 15, n. 1, p. 19-22, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. **J. bras. pneumol**, Brasília, p. s1-s52. nov. 2004.

SPRUIT, Martijn A. et al. Determinants of poor 6-min walking distance in patients with COPD: the ECLIPSE cohort. **Respiratory medicine**, v. 104, n. 6, p. 849-857, 2010.

VIEIRA, Sônia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia científica para a área da saúde**. Elsevier Brasil, 2015.

YAKSIC, Mateo Sainz et al. Profile of a Brazilian population with severe chronic obstructive pulmonary disease. **Jornal de Pneumologia**, v. 29, n. 2, p. 64-68, 2003.

ZANCHET, Renata Cláudia; VIEGAS, CARLOS ALBERTO ASSIS; LIMA, Terezinha. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **J Bras Pneumol**, v. 31, n. 2, p. 118-24, 2005.

Dados para contato:

Autor: Cláudio Sérgio da Costa

E-mail: claudiopoeta@yahoo.com.br

O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA

Ciências da Saúde
Artigo Original

Raul Ricken de Oliveira¹; Rodrigo Moraes Kruehl²; Claudio Sérgio da Costa²;
Adalberto Alves de Castro²; Greice Lessa²

1. Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE); ². Núcleo de Estudos Aplicados a Saúde (NEAS) – Centro Universitário Barriga Verde (UNIBAVE)

Resumo: A Rede de Atenção Psicossocial tem por objetivo articular as ações de saúde mental em conjunto com a Atenção Básica (Estratégia de Saúde da Família), ambulatórios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial. Para a efetivação desta rede é necessário que os serviços trabalhem em parceria, promovendo um cuidado contínuo. Este estudo tem por objetivo compreender como se dá o processo de referência e contra referência em saúde mental em um município do sul de Santa Catarina. Para atingir o objetivo proposto foi realizado um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Fizeram parte do estudo 14 profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial do município em estudo. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barriga Verde. Os resultados deste estudo mostram que os profissionais compreendem a importância da efetivação de um serviço de referência e contra referência em saúde mental no intuito de prestar uma assistência integral a estes pacientes. Porém, reconhecem dificuldades para implantação deste serviço, principalmente no que tange à deficiência de informações contidas no formulário de referência e a não utilização da contra referência.

Palavras-chave: Psiquiatria. Enfermagem. Saúde mental.

THE METHOD OF REFERENCE AND AGAINST REFERENCE IN MENTAL HEALTH IN A MUNICIPALITY OF THE SOUTH OF SANTA CATARINA

Abstract: Psychosocial Care Network aims to articulate the mental health actions in conjunction with the Primary Care (Family Health Strategy), clinics, hospital beds in general hospitals and support actions and psychosocial rehabilitation. For the realization of this network it is necessary for the services to work in partnership promoting a continue care. This study aims to understand how is the reference process and contrast reference in mental health in a city in the south of Santa Catarina. To achieve the proposed objective was conducted an exploratory study with a qualitative approach. Participants were 14 health professionals working in the Family Health Strategy and Psychosocial Care Center in the city under study. The data were collected

through interviews. Data were analyzed using content analysis. The study was approved by the Ethics Committee in the Barriga Verde University Center Research. The results of this study show that professionals understand the importance of realization of a reference service and contrast reference in mental health to provide comprehensive care to these patients. However, acknowledge difficulties in implementation of this service, especially regarding the deficiency of information in the reference form and not using the counter reference.

Keywords: Psychiatry. Nursing. Mental health.

Introdução

O presente estudo tem como tema Referência e Contra Referência em Saúde Mental. Nesse contexto procurou-se entender como o processo de referência e contra referência em saúde mental favorece a construção e efetivação de uma rede de cuidados em saúde mental. Para tanto se estabeleceu como objetivo geral compreender como se dá o processo de referência e contra referência em saúde mental em um município do sul de Santa Catarina. E como objetivos específicos buscaram-se descrever os serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município em estudo; identificar a visão dos profissionais de saúde sobre o trabalho em rede na Saúde Mental; e identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para efetivar o processo de referência e contra referência em saúde mental no município em estudo.

A Política de Saúde Mental no Brasil na realidade atual demonstra a importância da consideração do processo de mudança do paradigma de atenção em saúde mental, uma vez que o modelo de cuidado que norteia essa área na contemporaneidade passou por mudanças sociais, históricas e políticas ao longo dos anos. Há tempos atrás o olhar que punia, isolava e institucionalizava os sujeitos com transtornos mentais, passou-se à concepção de cuidado como direito de caráter democrático, humanizado e psicossocial (LIMA; AGUIAR; SOUSA, 2015).

O Sistema de Referência e Contra Referência é o método de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para proporcionar a atenção integral aos usuários. (DIAS, 2012).

Parte-se do pressuposto de que os sistemas de saúde devem ser articulados em um processo de trabalho horizontal, permitindo uma maior interação entre os demais níveis especializados e melhor resolubilidade na Atenção Básica. Para que

ocorra esse trabalho, verticalmente, foi impulsionada a oficialização da política matricial e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que em 2008, foram reorientados e redimensionados pela portaria n.º 3.124 em 2012. O matriciamento é uma ferramenta para a transformação da realidade de trabalho de equipes interdisciplinares e de suas relações com os usuários e comunidades (CHIAVERINI, 2011).

Esta perspectiva originou a seguinte questão norteadora: Como se dá o processo de referência e contra referência em saúde mental em um município do sul de Santa Catarina? Pesquisas que se ocupam dessas questões justificam a contribuição social da ciência, pois se engajam na busca por qualidade da assistência de saúde prestadas à população, percebida como emblema histórico dos profissionais e serviços de atenção à saúde mental.

A Saúde Mental no contexto do Sistema Único de Saúde

A atenção à saúde mental no Brasil passou por diversas mudanças a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, em meados dos anos 80. Com base nas experiências internacionais de desinstitucionalização psiquiátrica intensificaram-se ações com o intuito de reorganizar o cenário da assistência à saúde mental, por meio da luta e mobilização sociopolíticas de uma multiplicidade de atores, tais como: movimentos sociais, familiares, associações de pessoas com transtornos mentais e profissionais da área da saúde. Este movimento tem por objetivo a transformação e substituição do modelo hospitalocêntrico por uma nova perspectiva pautada na humanização, na singularidade e nos direitos dos usuários. (LIMA; AGUIAR; SOUSA, 2015).

Antes da Reforma Psiquiátrica, a assistência à saúde mental era embasada na exclusão e discriminação. No Brasil, entre os séculos XVI e XIX, os portadores de transtorno mental eram chamados de “loucos” e passaram a ser considerados causadores de desordem social e, assim, eram encaminhados para as Santas Casas de Misericórdia e prisões públicas, em uma viagem total de exclusão social (BATISTA, 2014). As mudanças relacionadas à maneira de se referir ao “louco” aconteceram na medida em que se percebeu a importância da desconstrução do estigma que o designa como um sujeito incapaz de governar sua própria vida e trabalhar (ANDRADE; ROSA, 2014).

A partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica conseguiu-se fechar muitos manicômios e transformar a assistência aos portadores de doenças mentais. Sendo assim, foi preconizada pelo Ministério da Saúde a construção de novos serviços substitutivos para o atendimento extra-hospitalar de pacientes com transtorno mental, promovendo a articulação entre esses serviços para melhor atender e acolher esses indivíduos. Neste sentido, alguns serviços foram criados como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), considerado estratégico, articulador e organizador da rede de atenção em saúde mental. Além do CAPS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) atua como importante dispositivo desta rede, sendo vista como um lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento, aproximando os profissionais de saúde da população. A integração destes dois dispositivos de atenção à saúde é notada como colaborativa no cuidado em saúde mental, por meio do acompanhamento conjunto do problema detectado (CHIAVAGATTI, 2012).

Além da criação dos CAPS, outros modelos de atenção surgiram, tais como: residências terapêuticas para aqueles pacientes que perderam os laços familiares e que precisam de uma moradia fora dos hospitais psiquiátricos, centros de convivência e ambulatórios especializados (ARGILES et al., 2013). Todos esses sistemas objetivaram repensar os cuidados prestados aos pacientes psiquiátricos e, assim, fornecer-lhes uma assistência mais qualificada, buscando a reversão do modelo centrado em hospitais psiquiátricos (BATISTA, 2014).

O ano de 2011 representa um avanço para a assistência em saúde mental no Brasil, pois em 23 de dezembro deste ano foi publicada a Portaria n.º 3.088 que: “Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Esta rede tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde voltada para o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Sendo assim, uma rede funciona com base no trabalho das equipes de saúde, cujos trabalhadores, são os operadores da rede. Eles acionam as redes, instituídas ou não, a partir dos projetos terapêuticos pensados para resolver os problemas de saúde dos usuários. Tais serviços devem estar interconectados com os demais serviços do sistema de saúde evitando a fragmentação dos atendimentos, e esta conexão se dá entre outras ações pela referência e contra referência destes pacientes

dentro da rede, favorecendo uma continuidade da assistência nos diferentes serviços que compõe a rede de atenção psicossocial (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

O processo de Referência e Contra Referência em Saúde Mental

O processo de referência e contra referência nos serviços de saúde está determinado pelo princípio constitucional de integralidade da assistência. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi regulamentada recentemente em 2011 pelo Decreto Nº 7508, este surgiu com o intuito de dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Este decreto alinhava todos os princípios do SUS com sua forma de organização; determina as regiões de saúde; reforça a existência de uma rede regionalizada e hierarquizada conforme a necessidade do serviço; planeja e determina a assistência à saúde; e especifica a articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

A concepção de um sistema hierárquico está representada na vigente normativa do SUS, este se configura em forma piramidal destacando as densidades tecnológicas relativas à cada nível de atenção. A atenção básica é a base do SUS, seguida da atenção média e no ápice a alta densidade. Essa concepção hierárquica e piramidal está passando por uma transição, sendo substituída pelas redes poliárquicas de atenção à saúde, rompendo-se as relações verticalizadas e formando redes horizontais. Neste novo desenho do modelo de atenção à saúde, a Atenção Primária de Saúde (APS) continua sendo o centro de comunicação na RAS (MENDES, 2015).

O Sistema de Referência e Contra Referência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados com o intuito de garantir o acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS), de forma contínua. O usuário tem a ESF como a porta de entrada para os serviços de saúde, caso haja necessidade, este pode ser referenciado para um serviço de maior complexidade e quando finalizado o atendimento nesta unidade o mesmo deve ser “contra referenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita (DIAS, 2012).

Todos os encaminhamentos devem ser feitos respeitando as normas e instrumentos do Sistema de Referência e Contra Referência, sendo que os encaminhamentos de pacientes de serviços públicos para privados, contratados ou

conveniados ao SUS, deverão ser feitos em formulários apropriados do Sistema Único de Saúde (DIAS, 2012).

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória proporciona ao pesquisador uma aproximação com o problema levantado permitindo torná-lo explícito ou construir hipóteses. A maioria dessas pesquisas envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007).

O método qualitativo permite ao pesquisador explicar o porquê das coisas mostrando o que convém ser feito. A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (SILVEIRA; CORDÓVA, 2009).

O município de estudo está localizado no sul de Santa Catarina, com uma população de aproximadamente 29.000 habitantes (IBGE, 2010). O município possui 10 Estratégias de Saúde da Família, Núcleo de Apoio Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Clínica Materno Infantil, Saúde do Homem, Policlínica de Atendimento Municipal e um Hospital Geral como referência municipal com 84 leitos, para serviço de urgência, emergência e internação.

A amostra do estudo foi intencional com 14 profissionais de saúde atuantes na Estratégia de saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial do município em estudo. Sendo sete médicos e sete enfermeiros, destes quatorze, onze do sexo feminino, maioria na faixa etária de 20 a 30 anos e com mais de 5 anos de atuação na área. Quanto à especialização em saúde mental, apenas dois destes profissionais possuem alguma especialização em saúde mental.

Os dados foram coletados através de entrevista individual semiestruturada. As entrevistas foram realizadas individualmente nos respectivos locais de trabalho dos participantes. Os participantes seguiram um roteiro com questões abertas. As entrevistas foram transcritas na íntegra no Microsoft Office Word. A transcrição de todas as entrevistas fez um total de 23 páginas, com duração variável de 10 a 30 minutos cada. Todas as entrevistas foram gravadas por dispositivo eletrônico de áudio digital.

Os dados foram analisados com base em Bardin (2010), e foi do tipo análise de conteúdo. Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto (BARDIN, 2010).

Os aspetos éticos foram respeitados conforme consta na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE sob parecer nº. 1.652.188/2016. As entrevistas foram consentidas após a explicação dos objetivos e do método do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada em duas vias. Preservou-se ainda a confidencialidade do município e da identidade dos participantes utilizando-se a letra “P” correspondente ao profissional. Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física ou psicológica, nem acarretou implicações institucionais aos participantes.

Resultados e Discussão

Neste momento serão apresentados os resultados e discussão dos dados obtidos durante a pesquisa que procurou compreender como se dá o processo de referência e contra referência em saúde mental em um município do sul do Estado de Santa Catarina.

Conforme preconiza o método de análise de conteúdo os dados foram apresentados através de duas categorias centrais: Trabalhando com saúde mental e Referência e Contra Referência em Saúde mental.

Trabalhando com saúde mental

Ao serem questionados como acontece o seu contato com os pacientes de saúde mental, observou-se que este contato se dá de duas formas, por livre demanda ou encaminhamento dos pacientes em diferentes pontos da rede, sendo a ESF o elo com os demais serviços. Porém, observa-se nas falas de alguns profissionais que o atendimento na ESF a este paciente fica restrito ao profissional médico, onde a atividade desenvolvida é a dispensação de receita para medicamentos psicotrópicos.

“O contato com os pacientes se faz de 2 formas, a livre demanda eles chegam até a unidade pedindo apoio ao seu problema ou através das indicações das agentes comunitárias de saúde que acabando na entrevista pegando algum sinal de depressão, pensamento suicídio. Quando o paciente chega até o posto de saúde ele é acolhido na recepção e dado o destino a ele ou passa pelo médico da unidade ou é encaminhado para centro especializando CAPS (no caso se tiver em surto). Nunca deixamos o paciente sem tratamento definido e ir embora sozinho, já tivemos casos passados de um suicido “pré-informado.” (P1)

“Por 2 formas agendamento ou demanda espontânea. Existe também quando o agente comunitário identifica e vamos até a residência fazer esse acolhimento. (P5)

Hoje meu contato é pouco estou na unidade a 2 meses, não tive oportunidade de um contato mas aprofundado com eles. Único dia que vejo esses pacientes são nas quartas férias, no dia da receita.” (P7)

A atenção básica desempenha importante papel como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Neste caso, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. E nos casos de situações de emergência, a equipe deve estar capacitada e preparada para diagnosticar rapidamente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento (BRASIL, 2013).

A rede em saúde mental possui relações importantes com a atenção básica, onde os pacientes fazem a entrada. Atender essa demanda de quem sofre e procura ajuda nesses dois serviços de saúde, é de extrema importância para que não se perca esse paciente (CHIAVATTI, 2012).

Observa-se também a importância do papel do Agente Comunitário de Saúde neste contexto, servindo de ligação entre a comunidade e os profissionais. O Agente comunitário em seu trabalho diário acaba tendo o contato mais próximo com a população em suas visitas domiciliares, fazendo assim um intercâmbio entre a população e a Equipe de Saúde da Família. Normalmente esse agente comunitário mora na comunidade, assim seu contato com a população é diário estreitando esse elo (FRAGA, 2011).

O Agente Comunitário de Saúde, trabalhando como elo entre a equipe profissional e a comunidade, desenvolve ações em três dimensões, são elas: a

técnica, operando com saberes da epidemiologia e clínica; a política, que utiliza saberes da saúde coletiva, e a de assistência social, possibilitando o acesso com equidade aos serviços de saúde, o que lhe concede uma condição especial (FILGUEIRAS; SILVA, 2010).

Ao serem questionados se gostam de trabalhar com pacientes de saúde mental alguns profissionais referem sentir satisfação em trabalhar com esta população, principalmente ao verem o progresso destes pacientes diariamente. Porém, outros profissionais relatam não possuir empatia com esta temática.

“Sinto-me realizado neste meu trabalho, vejo o progresso diário do paciente que da entrada nessa unidade, sinto uma preocupação enorme com eles, acabo sabendo de tudo o que ocorre em suas vidas, sou a pessoa que lhe dá conselhos e incentivo a busca do seu melhor.” (P2)

“Não é uma coisa que gosto de fazer, porem quando tenho que fazer faço bem feito. Nunca deixo esse paciente desassistido.” (P5)
“Não muito, são pacientes que busco sempre encaminhar para especialidade.” (P6)

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, em alguns casos, entendem que os pacientes de saúde mental não devem receber atendimento neste serviço e sim num serviço especializado, acreditando que este tipo de paciente necessita de um atendimento diferenciado, por acabar sendo rotulados de forma equivocada pelos profissionais como “pessoas não normais” (MOLINER; LOPES, 2013).

Ao serem questionados se estão preparados para atender pacientes de saúde mental, observou-se disparidade entre as respostas. Alguns profissionais relatam sentirem-se preparados para atender estes pacientes, sobretudo após a qualificação em saúde mental oferecida pela secretaria municipal de saúde. Porém, por outro lado há profissionais que atendem esta clientela mesmo não se sentindo preparado para tal atendimento.

“Todo dia em nossa vida é uma experiência nova, sendo sempre algo diferente a ser vencido. Sinto-me preparada para lhe dar com problemas diários, devido a equipe que me cerca e me da todo suporte necessário.” (P2)

“Nesses últimos anos a Secretaria de Saúde tem investido na nossa qualificação me sinto muito mas preparada para lidar com esse tipo de paciente.” (P3)

“Não, já tive vários treinamentos porém é uma área muito grande. Me sinto preparada para dar o primeiro atendimento.”(P5)

“Não o suficiente, esses pacientes necessitam de um atendimento especializado.” (P14)

Dentre os diversos profissionais atuando nas ESF como médicos e enfermeiros nota-se a importância de conhecimento teórico-técnico e pessoal, para lidar e trabalhar com os pacientes com problemas mentais. Para desenvolver tal capacidade é imprescindível a busca constante por aperfeiçoamento em cursos específicos, leitura no assunto, capacitações, etc. (MELLO, 2010).

Mesmo alguns profissionais apresentando dificuldade em trabalhar com saúde mental, por falta de preparo ou por afinidade, estes reconhecem que existe uma Rede de Atenção Psicossocial em funcionamento no município. O fato desta Rede ser relativamente recente e alguns profissionais estarem atuando há pouco tempo também no município faz com que alguns não conheçam o funcionamento destes serviços.

“Sim, No município existe por volta de um ano e meio a RAPS, sendo que nela este englobado NAFS, CREAS, CRAS, ESF, Hospital e CAPS.”(P2)

“Sei que ela existe, não funciona como deveria.” (P4)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) preconiza o cuidado do paciente, diminuindo o sofrimento mental e buscando novas formas terapêuticas para tal cuidado (CLEMENTE, 2013).

Ao serem questionados sobre o funcionamento da RAPS no município, estes referem que há uma estrutura organizada dentro da Secretaria Municipal de Saúde, onde os serviços são norteados por um fluxograma de atendimento.

“Existe um fluxograma, tem toda uma complexidade existente das redes do município. Porém hoje os municípios volta muito para tratamento e esquecem a prevenção primária.” (P1)

“Temos uma rede onde dependendo do caso sabemos onde devemos encaminhar esse paciente.” (P3)

“Sei que ela existe, mas detalhamento não sabe comentar.” (P6)

A compreensão de rede é importante, visto que a atenção em saúde mental é complexa e, portanto, supõe que nenhum serviço sozinho pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território. Há necessidade de articulação dos vários serviços para responder a essa demanda (PINHO et al., 2012).

Referência e contra referência em saúde mental

Para identificarmos como funciona o serviço de referência e contra referência no município em estudo questionou-se os profissionais sobre as formas de encaminhamento dos pacientes de saúde mental nos diferentes serviços de saúde do município. Identificou-se que o encaminhamento se dá de duas formas: através de um formulário manuscrito desenvolvido pelo município e por meio eletrônico através do sistema GEMSAÚDE – CELK Sistemas. Esse encaminhamento é feito tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico, sendo que pode passar pelos 2 profissionais se for necessário.

“Esse encaminhamento é feito quando o clinica do ESF não consegue tratar e manda para especialidade dar o tratamento, lá viemos se o paciente permanece em tratamento conosco ou é devolvido para unidade.” (P4)

“A secretaria possui uma ficha de encaminhamento onde todos as unidades possui, onde constamos a medicação que ele toma todos os dados referente ao paciente.” (P5)

“O paciente quando da entrada na unidade passa por uma triagem de enfermagem e já é direcionado ao medico, onde ele verá se há necessidade de encaminhamento ou não.” (P7)

“Pacientes com depressão leve a moderado são atendidos na unidade básica de saúde, já dependentes químicos, pensamento suicida e depressão serão encaminhados ao CAPS.” (P14)

De certo modo não se deve deixar que o atendimento aos portadores de sofrimento mental fique somente a cargo da equipe de saúde mental, com o intuito de não os separar do acolhimento dos outros usuários. Ressaltando ainda que a qualquer momento, o técnico de Saúde Mental deve ser solicitado para realizar um

encaminhamento, tirar possíveis dúvidas e participar de uma avaliação (COELHO,2010).

Ao questionarmos sobre a existência da referência e contra referência em saúde mental no município observou-se que a referência é mais praticada do que a contra referência, sendo este um nó crítico para efetivação deste processo.

“Sim, existe e estamos a cada dia buscando utilizar ela de forma plena entre a rede”. (P1)

“Hoje é, mas fácil, temos o caminho a ser seguindo. Temos reuniões mensais no CAPS onde a equipe passa detalhes do tratamento dele, quando for à alta manda por nos todo contra referencia onde possui toda medicação a ser utilizada. Com o psiquiatra do PAM onde há uma grande dificuldade de voltar a contra referencia”. (P5)

“Sim, hoje temos um sistema online onde facilitou muito nosso trabalho quando pesamos em referencia e contra referência”. (P8)

“Referencia existe, já a contra referencia negativo”. (P9)

A contra referência geralmente é realizada no verso da ficha de encaminhamento que foi a referência do paciente, para mandar para o serviço que o encaminhou. Porém, alguns fatores contribuem para que a contra referência não seja realizada de forma adequada, como por exemplo: como a grande demanda nos consultórios, com isso os médicos não realizam devido o esquecimento ou falta de tempo.

Os profissionais reconhecem que há dificuldades para efetivação do processo de referência e contra referência em saúde mental no município estudado, entre estas, poucas informações contidas no formulário de referência, não devolução da contra referência pelo paciente, e perda de vínculo do paciente com a atenção básica após tratamento no serviço especializado.

“O que vejo de dificuldade é a referencia do paciente, ele chega apenas com encaminhamento que necessita de atendimento sendo que devia ter, mas referências desse paciente”. (P1)

“O problema enfrentado hoje por todo rede é quando o paciente sai com sua contrareferência e não nos traz os documentos”. (P3)

“Hoje os pacientes de saúde mental quando são encaminhados para as unidades de referencia raramente voltam, sendo que não acabo vendo a contra referencia dele”. (P7)

“A dificuldade como foi relatado foi a volta da referência, saber o que o colega diagnosticou e esta utilizando para tratar o paciente. Ficamos sem norte”. (P9)

É de suma importância que a referência e contra referência aconteçam em todos os casos, pois através delas será possível dar andamento ao tratamento do paciente. Caso contrário, o paciente voltará a procurar outro serviço que não conseguirá dar sequência no que já foi realizado (MENOZZI,2013).

Apesar de reconhecerem dificuldades neste percurso de referência e contra referência em saúde mental, os profissionais percebem que uma boa efetivação deste serviço pode trazer benefícios tanto para os serviços de saúde quanto para os pacientes.

“Os benefícios são todos voltados a melhora do paciente, sendo a busca do seu tratamento rápido e eficaz. Hoje tentamos uma comunicação próxima as unidades quando será feito a contra referência do paciente, sendo que ele retorna a sua unidade de origem”. (P2)

“Vejo que são divididos os pacientes não sobrecarregando o ESF nem a clínica”. (P4)

“Vários, sendo que vou ter opinião de um especialista na área para cuidar desse paciente psiquiátrico”. (P6)

O processo de referência e contra referência é a garantia de que haverá continuidade do tratamento dos usuários que nela estão inseridos. Os pacientes devem ser assistidos integralmente para concluir seu tratamento com êxito (PETRUCI, 2010).

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou a compreensão do processo de referência e contra referência em saúde mental aplicada em um município no sul de Santa Catarina.

Sabemos que a integração entre as redes precisa ser melhorada e que isso é possível, com a prática do matriciamento, com o aprimoramento dos profissionais na saúde mental e com a integração dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o Centro de Atenção Psicossocial e o Hospital, são os principais serviços que compõem a rede de atenção psicossocial. Apesar dos avanços na assistência ao portador de transtorno mental observam-se dificuldades na articulação entre estes serviços.

Outro aspecto que merece destaque é a assistência em saúde mental na ESF, este serviço absorve uma gama grande de atendimentos, mas sofre com a falta de capacitação e não possui mão de obra suficiente para atender a demanda de saúde mental.

O processo de referência e contra referência acontece no município ainda que de forma tímida. Observam-se dificuldades para efetivação deste serviço como despreparo profissional, grande demanda de pacientes e não aplicação da contra referência, o que faz com que se perca o vínculo e continuidade de tratamento.

Podemos concluir que o sistema de referência e contra referência para funcionar adequadamente é necessário muito mais que estabelecimento de fluxos e informações entre as redes. Sendo que a equipe necessita de processo educativo, para melhoria do autoconhecimento, melhorando assim a qualidade do atendimento.

Referências

ANDRADE, M. C; ROSA, A. C. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Rev. Interinstitucional de Psicologia**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 27-41, jan./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 15 ago. 2015.

_____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 28 jun. 2011.

_____. 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**. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_legisla>

cao_drogadicao/Federal_Drogadicao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>Acesso em: 31 out. 2016.

_____. Lei n. 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.**

Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica/ Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 05 set. 2016.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Rev. Ciências Sociais**, Pernambuco, v.1, n. 40, p. 391-404, abr. 2014.

CLEMENTE, A. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polis e Psique**, v. 3, n.1, 2013.

CHIAVAGATTI, F. G; et al,. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Rev. Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CHIAVERINI, D. H; (Organizadora). [et al.,]. Guia prático de matriciamento em saúde mental. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: **Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011. 236 p.; 13x18 cm. Bibliografia; p. 219-235. ISBN 978-85-89737-67-8. Disponível em:

<http://repositorio.caminhosdocuidado.org/bitstream/handle/581/1/Guia%20pr%C3%A1tico%20de%20matriciamento%20em%20sa%C3%BAde%20mental.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2016.

COELHO, V.F. **Acolhimento em saúde mental na unidade básica: uma revisão teórica**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

DIAS, V. Á. Referência e Contra referência: **Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38 p. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38 p. Disponível em:

<http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCCValdecir-Avila-Dias-.pdf>. Acesso em 25 ago. 2016.

FRAGA, O. S. **Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da ESF**. Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista. Governador Valadares, 2011.

FILGUEIRAS, A. S., SILVA, A. L. A., Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, jul-set., 2011.

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

LIMA, M. S., AGUIAR, A. C. L., SOUSA, M. M., O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 4 p. 675-686, out./dez. 2015.

MATEUS, M.D. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS 2013**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outraspublicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2015; 512 p.

MELLO, M.C.B., O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. *Esc Anna Nery Rev Enferm* v.14, n.2, p. 355 -360, abr-jun.,2010.

MENOZZI, K.A.B.S, **O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde**. Dissertação apresentada ao Programada de Pós – Graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Botucatu – SP. 2013.

MOLINER, J., LOPES, S.M.B., Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

PETRUCI, F.R; **Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica**. Monografia apresentada à INDEP Instituto de Ensino e Capacitação e Pós Graduação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família. Assis-SP, 2010.

PINHO, L. B. et al., Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Rev. Eletr. Enf.*, v.14, n.1, p.25-32, jan/mar. 2012. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a03.pdf. Acesso em: 21 out. 2016.

QUINDERE, P. H. D; JORGE, M. S. B; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Rev. Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SILVA, A. C. et al., **Promoção da Contra-referência no Ambulatório com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição**. Biblioteca Virtual da Saúde; 2010; 45 p. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre; 2010.

Dados para contato

Autor: Greice Lessa

E-mail: greicelessa@hotmail.com