

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA
DESMEDICALIZANTE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Thaís Santos da Costa Vieira

Orientação: Prof.^a Me. Priscilla de Oliveira Luz

**SÃO PAULO
2019**

Thaís Santos da Costa Vieira

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA
DESMEDICALIZANTE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Me. Priscilla de Oliveira Luz

SÃO PAULO
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora, que iluminaram e intercederam por mim ao longo desta jornada na graduação.

Agradeço também aos meus pais por me ajudarem e a me incentivarem a permanecer e não desistir. A bibliotecária Juliana Takahashi que com muita paciência, calma e atenção, me ajudou a encontrar os presentes artigos deste trabalho.

Por fim, agradeço aos meus amigos e amigas, em especial Juliana Fáris e Ariane Salles que me deram forças e esperanças a permanecer firme. Agradeço também à minha orientadora, Priscilla de Oliveira Luz, que me guiou neste trabalho.

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.”

Nise da Silveira

RESUMO

Introdução: A Reforma psiquiátrica trouxe ao Brasil melhorias no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. A desinstitucionalização, criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) tiveram um papel fundamental para o cuidado em saúde mental nos dias atuais. Apesar destas melhorias, a medicalização do sofrimento ainda se coloca como um grande desafio a ser superado. **Objetivo:** Levantar e analisar as produções existentes sobre o cuidado em saúde mental a partir de uma perspectiva desmedicalizante, por meio de uma Revisão Integrativa da literatura. **Métodos:** A revisão da literatura foi feita nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web Of Science, Scopus, PsycINFO (APA), Embase e Portal de Periódicos (CAPES)- Base de dados- CINAHL, nos idiomas português, inglês e espanhol com os seguintes descritores: desmedicalização; saúde mental; medicalização; psiquiatria e cuidado, em diferentes combinações. **Resultados:** Foram encontrados 214 artigos, após a leitura dos títulos e resumos e considerando os critérios de inclusão, a amostra foi composta por 5 artigos, sendo um da base de dados CINAHL e quatro do BVS, em sua maior parte as intervenções desmedicalizantes foram realizadas por estudantes da área de psicologia. **Conclusão:** A desmedicalização e desmedicamentação na saúde mental ainda é pouco vivenciada pelos profissionais de saúde e o uso de drogas psiquiátricas permanece como primeira opção para o tratamento. O que sinaliza a prioridade para o atendimento médico e consequentemente prescrição de drogas. Este trabalho evidencia a necessidade da realização de mais estudos sobre esta temática, já que a desmedicalização do sofrimento não está em consonância com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da garantia do direito das pessoas que necessitam deste cuidado, além de trazer prejuízos aos usuários que a utilizam.

DESCRITORES: desmedicalização; saúde mental; medicalização; psiquiátrica; cuidado.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	7
2.1	Objetivo Geral.....	11
2.3	Objetivos Específicos.....	11
3	Métodos.....	11
4	Discussão e Resultados.....	13
5	Conclusão.....	21
6	Referências Bibliográficas.....	22

1. INTRODUÇÃO

A história da psiquiatria no Brasil se inicia em meados do século XIX, com uma forte influência das ideias e ideais dos médicos franceses Philippe Pinel e Jean Etienne Dominique Esquirol. Em 1852 foi inaugurado no Estado do Rio de Janeiro o primeiro Hospital psiquiátrico do país. O Hospício Pedro II nasce com a proposta inicial de oferecer um lugar específico para os cuidados de pessoas que sofriam com a *alienação mental*. Em 1870, algumas *substâncias medicamentosas* já eram usadas como terapêutica, além da persuasão, repressão e trabalho físico¹.

A partir de então houve uma expansão de hospitais psiquiátricos por todo o país. A proposta inicial de tratamento se transformou em garantir o isolamento e exclusão das pessoas consideradas *loucas* e inaptas para o convívio em sociedade. No ano de 1940, o Brasil tinha 24 mil leitos psiquiátricos públicos e 70 mil privados com pessoas internadas em modalidade asilar e manicomial¹⁻².

Em 1978, iniciou-se um movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, diversas denúncias começaram a aparecer, como a violência em manicômios e mercantilização da assistência a loucura, assim foi sendo construída coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico vigente e o modelo hospitalocêntrico da época³.

Em 1987, alguns eventos impulsionaram a história da Saúde Mental no país, o II Congresso Nacional do MTSM traz a ideia de uma sociedade sem manicômios, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental e a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dois anos depois, em Santos, foi realizada uma intervenção de grande repercussão, pela Secretaria Municipal de Saúde em um hospital psiquiátrico onde havia violência contra os internos, desta forma foi encorajado uma rede de cuidados para substituir os hospitais psiquiátricos. Portanto esta ação foi um marco no processo da Reforma Psiquiátrica, a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, residências terapêuticas e associações, provando que a Reforma é possível e necessária. Em 1989, um projeto de lei é lançado no Congresso Nacional regulamentando direitos das pessoas em *sofrimento psíquico* – diante do estigma e preconceito inerentes aos conceitos de louco, doente mental, transtorno mental, usaremos o termo sofrimento psíquico ao

nos referir á pessoa que necessita de cuidado em saúde mental – e propondo o fim dos manicômios no Brasil³. Portanto, como afirma Alves⁴ os anos 80 foram marcados pela crise do modelo hospitalocêntrico asilar, destacando o fato como a falência ideológica dos princípios de sustentação deste modelo.

Na década de 90, a Reforma psiquiátrica caminhou para o seu progresso, a primeira lei de substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e comunitária de atenção à Saúde Mental foi aprovada, manifestações públicas como a Declaração de Caracas e a II Conferência de Saúde Mental marcaram o compromisso brasileiro com a proposta.

O projeto de lei original de 1989 foi aprovado doze anos depois, após muitas discussões e resistências principalmente dos donos de hospitais psiquiátricos que mercantilizavam a loucura. Em 06 de abril de 2001, com algumas modificações normativas é oficializada a Lei Federal 10.216, que garante os direitos do tratamento comunitário das pessoas com intenso sofrimento psíquico e prioriza a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

O processo de desinstitucionalização se inicia e a regressão progressiva dos leitos hospitalares foi sendo realizada. Em 2004 os recursos dedicados aos hospitais psiquiátricos eram de 64% do valor total disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a Saúde Mental em 2012 o gasto direcionado a rede hospitalar em saúde mental foi de aproximadamente 29%. De 2002 a 2012 o número de leitos psiquiátricos no país passou de 51.393 para 29.958³⁻⁵.

Os serviços substitutivos de cuidado á saúde mental foram se solidificando no país e uma rede foi sendo instituída com os seguintes equipamentos principais: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECO), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, oficinas de geração de rendas⁵.

Com isso, a Reforma Psiquiátrica busca a desconstrução da relação manicomial para assim favorecer uma assistência de qualidade, trazendo uma transformação na cultura de uma sociedade que ainda apoia a violência, o preconceito, a discriminação e o aprisionamento dos sujeitos em sofrimento psíquico⁶. A pessoa em sofrimento psíquico não pode simplesmente deixar o hospital e retornar a sua casa, ela necessita de cuidados adequados. É preciso favorecer a sua autonomia e a reintegração na vida social. Portanto é necessário uma mudança no comportamento de toda sociedade, a postura e mentalidade

precisam ser modificadas, o cuidado se estende a família e a comunidade, é preciso valorizar os determinantes sociais, econômicas, políticas, culturais e religiosas¹⁻⁷.

Apesar das mudanças estruturais no modelo de atenção e cuidado em saúde mental nestes últimos 40 anos, ainda é expressivo a prescrição e consumo de drogas psiquiátricas como recurso, em alguns casos recurso exclusivo, para lidar com o sofrimento psíquico. Robert Whitaker em sua pesquisa, enfatiza o grave problema vivenciado atualmente com a cronificação de pessoas que fazem uso de drogas psiquiátricas por curtos, médios e longos períodos, evidenciando o prejuízo social e emocional que estas pessoas têm diante do intenso e intensional consumo⁸. Além disso, é preocupante o fato de transformarmos os sofrimentos inerentes a existência humana em doença. Freitas e Amarante culpam a medicina, com suas práticas medicamentais de transformarem experiências naturais e cotidianas da nossa existência em quadros patológicos⁹.

Sufrimento psíquico e medicalização são duas vertentes que passaram a caminhar juntas, trazendo a tona uma problemática, que envolve não só à psiquiatria como também à indústria farmacêutica. A medicalização na saúde mental possui significados próprios para familiares e profissionais da saúde desta área, diversos fatores são relevantes no uso abusivo de fármacos, com indicações duvidosas e por períodos prolongados, visto que estes tem vários riscos a curto e longo prazo. O uso desses medicamentos tem se tornado uma prática comum devido a idéia da cultura Ocidental em que o sofrimento não pode ser vivido e sim deve ser “curado” a qualquer preço, como se a medicalização fosse o caminho mais rápido e fácil para curar o sofrimento psíquico, trazendo assim uma preocupação aos profissionais da saúde quanto ao cuidado a população¹⁰.

Ao falar de medicalização da saúde, temos Ivan Illich. Um forte defensor, que ao longo de sua vida procurou lutar contra o processo medicalizante, que vem se intensificando cada vez mais em nossa cultura. Ivan Illich (1926-2002), filósofo, teólogo e doutor em história, acreditava que a medicina estava se tornando uma indústria e que seu monopólio sobre a cura da doença estava cada vez mais sendo “endeusada”. Para ele a medicina e a medicalização tem o seu papel importante na sociedade, porém o processo saúde-doença vai muito além do que simplesmente tratar o doente com medicamentos ou entregar à medicina sofrimentos existenciais inerentes a vida humana. A forma como as pessoas vivem, trabalham, se alimentam,

influenciam na sua forma de adoecimento e não cabe apenas a medicina intervir neste processo¹¹.

O adoecimento das pessoas e a busca por atendimento médico, termina quase sempre com a prescrição medicamentosa, segundo Illich, medicina e indústria farmacêutica caminham lado a lado, o que torna a doença e medicalização um processo industrial, econômico e muito rentável, tornando esta ligação lucrativa e vantajosa. A sociedade acredita cada vez mais que a “cura” de doenças, dor, sofrimento, está ligada ao consumo de medicamentos, tornando-se cada vez menos autônoma às escolhas de quem busca por atendimento médico. A busca pelo bem estar geral inalcançável, faz com que a sociedade moderna tenha uma visão distorcida do sofrimento, seja ele psíquico ou corporal, medicar-se para se anestesiarem da dor é vendido como solução, acreditando que os meios farmacológicos são “pílulas mágicas” que curam tudo¹¹.

Portanto é de extrema importância incluir outros profissionais para se pensar a avaliação e o cuidado além da figura do médico. Ao longo da história da psiquiatria, a enfermagem teve seu papel pouco evidenciado na saúde mental, principalmente pela hierarquia que a psiquiatria instituiu, tendo como papel principal a figura do médico. Administrar a medicação, observar o comportamento, controlar, conter, eram funções exercidas pela equipe de enfermagem que prestavam assistência nas instituições psiquiátricas¹². Por meio de uma visão mais humanizada e menos mecânica, a enfermagem precisa se fazer mais presente no planejamento e desenvolvimento do cuidado. Compreender e valorizar a potência da escuta e do Relacionamento Terapêutico nas relações de cuidado. Além de considerar o sujeito como agente principal na elaboração do seu Projeto Terapêutico Singular⁶.

Ao considerar a perspectiva não medicalizante do cuidado em saúde mental como elemento essencial no processo de cuidado em saúde mental e buscando dar visibilidade a este tema, houve a preocupação para a construção deste presente estudo, tendo como questões norteadoras: Quais as produções existentes sobre um cuidado desmedicalizante às pessoas em intenso sofrimento psíquico? Quais contribuições estas produções têm trazido para a prática?

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as produções existentes sobre o cuidado em saúde mental a partir de uma perspectiva desmedicalizante.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar na literatura estudos que abordam a desmedicalização no cuidado à pessoa em intenso sofrimento psíquico.
- Identificar quais contribuições são presentes na prática diária de cuidado.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que é uma importante ferramenta na divulgação e comunicação das sínteses do conhecimento produzidos sobre diferentes temas, o que favorece a melhoria do cuidado¹³. Buscou-se analisar, artigos em português, inglês e espanhol disponibilizados na íntegra, em formato eletrônico, que reuniu e sintetizou, de maneira ordenada e sistematizada, resultados de pesquisas a respeito do cuidado em saúde mental à partir de uma perspectiva desmedicalizante.

Para realização da revisão, seguiu-se as seguintes etapas: 1) identificação do tema; 2) elaboração da pergunta norteadora; 3) busca pela literatura ou amostragem; 4) categorização dos resultados; 5) avaliação dos estudos compreendidos na revisão integrativa; 6) interpretação dos resultados e 7) síntese do conhecimento evidenciado nas pesquisas analisadas.

O tema foi definido a partir do interesse no cuidado as pessoas em sofrimento psíquico visando a desmedicalização do cuidado e também com as vivências da autora como estagiária em unidades de atendimento especializados em psiquiatria e saúde mental.

Após a definição do tema, elaboramos as seguintes perguntas norteadoras: Quais as produções existentes sobre um cuidado desmedicalizante às pessoas em intenso sofrimento psíquico? Quais contribuições estas produções têm trazido para a prática?

A busca dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), bases de dados Web Of Science, Scopus, PsycINFO (APA), Embase e Portal de Periódicos (CAPES)- Base de dados- CINAHL. Utilizando-se, em português, inglês e espanhol, os descritores

desmedicalização, saúde mental, medicalização e cuidado em suas várias combinações com o operador booleano AND. Houve também uma busca no Google Acadêmico com os mesmos descritores.

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de agosto e setembro de 2019. Como critérios de inclusão utilizamos artigos disponíveis online na íntegra, gratuitamente nos idiomas português, inglês e espanhol. Diante da escassez de estudos sobre o tema, não definimos o período da amostra. Sendo os critérios de exclusão artigos incompletos, sem acesso gratuito ou por cadastro, artigos que não possuíam em seus descritores: desmedicalização, saúde mental e cuidado nos idiomas português, espanhol e inglês.

Com isso, obteve-se os seguintes resultados:

- Portal BVS, com os descritores: desmedicalização AND cuidado, 11 artigos foram encontrados, mas não se encaixavam nos critérios de inclusão, assim, nenhum foi selecionado; Em uma nova busca realizada no Portal BVS, com os descritores: ("saúde mental" OR psiquiatria) AND (desmedicalizacao OR medicalização) 208 artigos encontrados. Destes foram excluídos 32 artigos, pois apresentavam-se duplicados/triplicados.
- CINAHL, com o descritor: demedicalization, sendo encontrados 34 artigos;
- EMBASE, com os descritores demedicalization AND ('mental health'/exp OR 'mental health'), foram encontrados 6 artigos, sendo selecionados 4, que se encaixavam nos critérios de inclusão;
- PSYCINFO, com os descritores: demedicalization AND "mental health" , zero artigos foram encontrados;
- SCOPUS = Sem acesso em 25/09/2019;
- Web of Science, com os descritores: demedicalization AND "mental health", foram encontrados 2 artigos, porém não foram selecionados pois os mesmo são registros repetidos da base de dados do EMBASE.

A seleção inicial foi de 214 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos e considerando os critérios de inclusão, a amostra foi composta por 5 artigos, conforme expresso no quadro 1.

Os artigos selecionados para a revisão foram retirados na base de dados CINAHL- 1 entrou pelos critérios de inclusão e na segunda busca no BVS, com a inclusão de mais dois descritores (psiquiatria e medicalização), foram incluídos 4

conforme critérios de inclusão também. Totalizando para a revisão integrativa 5 artigos, sendo todos lidos na íntegra para embasar os resultados e discussões.

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi constituída por cinco artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, um foi encontrado na base de dados CINAHL e quatro na BVS.

Quadro 1. Artigos levantados nas bases de dados CINAHL e BVS sobre desmedicalização na saúde mental.

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (vol, nº, pag, ano)	Considerações/Temática
BVS	Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina	Dorigatti, Alcir Escocia; Aguilar, Maria Laura; Madureira, Ricardo M.; Fonseca, Felipe G. da; Campos, Rosana Teresa Onocko; Nascimento, Juliana Luporini.	Rev. bras. educ. méd ; 38(1): 113-119, jan.-mar. 2014.	Intervenção em um centro de saúde em Campinas-SP, através da construção de um Projeto terapêutico Singular, realizado pelos estudantes do 2º ano de medicina.
BVS	Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica	Lívia Zanchet; Analice de Lima Palombini; Silvio Yasui	Interface (Botucatu) vol.19 no.55 Botucatu Oct./Dec. 2015	Intervenção realizada através de uma visão artística nomeada como Receituário mais que Especial, com a criação do projeto interdisciplinar de um espaço nomeado Espaço Liso.

CINAHL	Empowering and demedicalized case management practices: perspectives of mental health consumer leaders and professionals.	Ellison ML, Dunn EC	Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 2006 Jun	Identifica formas de gestão para uma abordagem e assistência na saúde mental empoderada e desmedicalizada.
BVS	Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica	Ramos, Priscila Freitas; Massih Pio, Danielle Abdel.	Psicol. ciênc. prof ; 30(1): 212-223, mar. 2010.	Projeto de Intervenção da psicologia junto a equipe multidisciplinar da estratégia de saúde da família, através da oferta de um espaço terapêutico para usuários egressos de internações psiquiátricas. Visando a promoção, prevenção e proteção da saúde mental.
BVS	Ansiedade generalizada: ouvir para ajudar. Como usar o acolhimento para tratar a ansiedade	Ferreira, Frederico Antônio Macêdo.	Recurso educacional aberto, UnASus, UERJ, 2016.	Identifica como o acolhimento e abordagem centrado no paciente em uma simples consulta pode trazer benefícios a longo prazo, para o paciente que sofre de transtorno de ansiedade generalizada.

● **Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina¹⁴**

O projeto apresentado foi realizado por estudantes do 2º ano de medicina, em um bairro de alta vulnerabilidade social de Campinas, localizada no interior de São Paulo. O público alvo neste projeto foi os pacientes que tinham seus nomes em um caderno de controle em que se escreviam quais eram os pacientes que possuíam receitas controladas em um Centro de Saúde.

O objetivo do projeto foi a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com cada paciente, para assim desenvolver o acompanhamento e cuidado pela a equipe interdisciplinar ou de um profissional que se tornaria a referência do paciente e/ou família. Com o PTS seria possível o levantamento de demandas/necessidades e a elaboração de possíveis soluções. Sendo este discutido periodicamente em reuniões de equipe.

No total foram encontrados 69 pacientes no caderno, sendo escolhido propositalmente 20 pacientes que mais faziam uso de “medicamentos controlados”. Utilizaram ainda os critérios de inclusão: maior de 18 anos, fazer uso de medicamentos psicotrópicos por mais de 6 meses, ter condições mínimas físicas, emocionais e intelectuais para às visitas e aceitar a presença do aluno na sua casa, assim como visitas frequentes.

Os alunos fizeram o acompanhamento durante 2 anos, sendo 6 meses dedicados ao conhecimento do campo de estudo, desde a realidade de vivência do paciente a demanda pelo atendimento exclusivo a saúde mental. Também houve treinamento para a construção do PTS, assim como apoio da equipe do Centro de Saúde e supervisão da docente responsável. O PTS foi dividido em 2 etapas sendo: etapa de Vínculo, etapa de Acompanhamento. As discussões das atividades planejadas ocorriam semanalmente e ao final de cada semestre era realizada reuniões com todas às equipes para discussão de resultados, melhorias de atendimentos e planejamento de ações para a continuidade do projeto.

O resultado ao longo do projeto foi a fragilidade e a falta de profissionais para o acompanhamento dos pacientes que faziam uso dos psicotrópicos. Muitos dos pacientes não tinham um acompanhamento periódico e sequer sabiam da sua condição de saúde, não se tendo a observação e reavaliação do quadro, o que levava ao padrão que se repete em muitas Unidades de Saúde, a renovação automática das receitas médica. Percebeu-se que isso favorece a perda da autonomia da pessoa a qual é indicada a droga psiquiátrica, assim como a não percepção sobre as próprias emoções e sobre si mesmo. A falta e a falha de comunicação, abordagem e vínculo com o profissional médico também reforça a prática automática de grandes prescrições medicamentosas, levando erroneamente a uma “solução” que muitas vezes não era necessária. Muitos pacientes também se automedicavam com grande quantidade de drogas psiquiátrica, cerca de 9 comprimidos, sem ao menos terem se consultados com algum neurologista, pois

alguns apresentavam quadro de epilepsias. Problemas esse que foram aparecendo e tornam-se escassos com o uso do PTS que ao longo de sua aplicação estreitaram os laços dos pacientes com a unidade de saúde a equipe, com o médico e foram se apropriando do seu cuidado.

Por último citaram o caso de uma paciente que fazia uso de 3 medicamentos há muitos anos e que com a abordagem do PTS, conseguiu abandonar este hábito, pois foi trabalhado com ela outras formas de melhorar a sua qualidade de vida. Por meio de medidas “simples”, como caminhadas diárias, mudança da alimentação e padrão do sono obteve melhora, referida por ela mesma. Após consultas com o psiquiatra e melhora dos sintomas, foi retirado as drogas psiquiátricas.

O PTS, mostrou que um trabalho focado exclusivamente para a realidade de cada paciente e sua singularidade, foi extremamente benéfico para a comunidade atendida. A busca por uma conversa e escuta dentro do ambiente e espaço da pessoa que está recebendo o cuidado, é eficaz e terapêutico, pois se faz uma abordagem humana, autônoma e acolhedora da pessoa e sua família, diferente do que acontece quando se tem uma abordagem totalmente tecnicista, autoritária, pouco acolhedora em consultas periódicas nas tradicionais salas de consultas.

- **Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica¹⁵**

O projeto teve como objetivo criar um espaço para discussão, prevenção e promoção de saúde mental, nomeado Espaço Liso. Foi criado por estudantes de psicologia como um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O nome de Receituário Mais que especial é uma alusão ao receituário de controle especial para medicamentos psiquiátricos. A atividade proposta tinha como intenção ser lúdica, com a criação de um espaço que lembrasse um consultório médico, com o uso do jaleco branco, mas que fosse mais aconchegante, simétrico e divertido. Os “medicamentos” eram confetes de chocolate coloridos, os receituários preenchidos com frases de alegria como um sorriso, um abraço, etc. e carimbado em vermelho com o nome de Espaço Liso. Na mesa uma toalha bem chamativa e o espaço escolhido para este “consultório” foi a rua. Desconstruindo a visão de um espaço fechado e institucionalizado.

O projeto ocorreu durante 2 anos em diferentes momentos e locais, sempre em locais abertos, focalizando a saúde mental coletiva e na comunidade. A primeira

intervenção foi realizada por profissionais com máscaras teatrais em uma praça na cidade de Porto Alegre/RS. As pessoas que se aproximavam para o atendimento, acreditavam na seriedade das consultas, que propunha uma escuta terapêutica, trabalhando com elas maneiras divertidas e simples de superar dificuldades. Ao longo das consultas era prescrito muitos sorrisos, abraços, ver ao pôr do sol, tomar banho de chuva, etc. Coisas que podiam ser feitas sem muito esforço ou com coisas materiais e que trazem sentido para a vida.

A segunda intervenção ocorreu no centro da cidade de Porto Alegre, e o convite feito durante as comemorações da Semana da Luta Antimanicomial e gerou muita curiosidade por quem passava pelo local. Muitas receitas descontraídas foram entregues assim como pílulas de chocolate também. Ocorreram mais 2 intervenções em outros locais da cidade.

Os resultados foram positivos. As intervenções urbana e artística foram realizadas de uma forma descontraída e provocou uma crítica ao atendimento médico centrado cada vez mais medicamentoso e medicalizado. Muitas pessoas que foram atendidas no projeto, queriam apenas uma conversa terapêutica, um olhar mais humanizado e menos tecnicista, um espaço mais acolhedor e descontraído. Usar a arte e o espaço urbano a favor da intervenção na saúde mental para ir contra a medicalização da vida mostrou-se algo promissor para uma nova vertente do cuidado a pessoa em sofrimento psíquico.

- **Empowering and demedicalized case management practices: perspectives of mental health consumer leaders and professionals¹⁶**

O estudo foi realizado nos Estados Unidos, no espaço de gerenciamento de casos, serviço de saúde comunitário, sendo estes os principais locais de atendimentos à pessoa em intenso sofrimento psíquico. Os profissionais que trabalham nestes locais, tem como prioridade ajudar na assistência pós-aguda do sujeito e na desinstitucionalização dos mesmos, contribuindo na melhor qualidade de vida e redução de custos sociais. Os profissionais envolvidos neste gerenciamento são os assistentes sociais que, para exercerem seu papel no gerenciamento, cursaram as disciplinas de aconselhamento de enfermagem e reabilitação. O modelo de intervenção criado visava a reabilitação e o empoderamento dos pacientes. Para isso o modelo educacional pensado, procurava tirar o foco no modelo médico centrado, que coloca o paciente em uma posição passiva. Na abordagem ao

paciente o empoderamento e a desmedicalização são filosofias ativas e presentes no atendimento, assim como o uso da comunidade como potente recurso para melhor assistência prestada.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com trinta líderes do movimento de consumidores de saúde mental (pessoas que trabalham ou tiveram longo período de contato em gerenciamentos de casos) e cinco escritores profissionais e acadêmicos nessa área. Foi solicitado aos participantes que descrevessem como o gerenciamento de casos de saúde mental poderia ser conduzido para favorecer o empoderamento e a desmedicalização. Com estas entrevistas foram elencadas 10 categorias de um atendimento empoderado e desmedicalizador, são elas :

1. Redução do paternalismo e a distância profissional para criar um relacionamento mútuo: Enxergar o paciente como o protagonista do atendimento.
2. Serviços orientados ao cliente: As escolhas, decisão e poder deve vir do paciente.
3. Flexibilidade, variabilidade e criatividade: Obtenha escolhas mais amplas e disponíveis para atender às necessidades do paciente.
4. Dê voz aos pacientes ajudando-os a tomar decisões: Proporcionar diálogo e oportunidade para o paciente explorar e articular suas próprias necessidades e objetivos.
5. Enxergar o paciente como uma pessoa (não como um diagnóstico)
6. Aumentar a autoconfiança do paciente: Permitindo que os pacientes tenham responsabilidades e também a assumir riscos e cometer erros, para sua aprendizagem e crescimento.
7. Oferecer apoio integral, comunitário, natural e não médico: Utilizar-se dos recursos da comunidade em geral por exemplo, permitir serviços domiciliares durante crises, usar redes de apoios naturais como a família, amigos, vizinhos.
8. A avaliação e a intervenção são baseadas nos pontos fortes dos pacientes, autoestima e potencial de recuperação.
9. Ser um recurso em áreas apropriadas: Educar sobre as opções de serviço, ser um mentor, facilitar o conhecimento do paciente.

10. Profissionais envolvidos em agências de gerenciamento de caso: Com experiências e envolvimento com os serviços prestados aos pacientes.

Como resultados a formação destas dez categorias vai em direção ao cuidado baseado em empoderamento e desmedicalização. O estudo mostrou como os profissionais dos gerenciamentos de casos estão adiantados no caminho para um atendimento terapêutico, focado na escuta, parceria, criatividade e flexibilidade.

- **Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica¹⁷**

O projeto terapêutico em questão foi proposto por Psicólogas, tendo como objetivo trazer para a comunidade um espaço coletivo para usuários que estavam saindo de internações psiquiátricas asilares. Neste espaço coletivo, os cuidados visados seriam a prevenção, promoção e proteção da saúde mental.

O trabalho realizado teve, a participação dos profissionais da psicologia junto a equipe de Estratégia Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo. Para a criação do projeto, a equipe envolvida precisou fazer um diagnóstico situacional para então chegar a necessidade levantada. O público alvo do projeto foi pacientes que tinham históricos de longas e frequentes internações, que no momento do projeto faziam, como único tratamento, o uso de drogas psiquiátricas com acompanhamento em Ambulatório Psiquiátrico.

A criação do modelo de atendimento coletivo foi no seguimento do método de roda onde as pessoas sentavam em círculo. O grupo foi composto por quatro profissionais tendo a coordenação de uma psicóloga. Os pacientes participavam ativamente, nenhum abandono foi registrado. Os encontros aconteciam uma vez por semana com duração de aproximadamente 90 minutos. Foram realizados um total de 36 encontros ao longo de 9 meses.

Os resultados apresentados durante o desenvolvimento dos grupos foram a melhora na interação dos usuários entre si, o compartilhamento de experiências, a busca e conquista por maior empoderamento e autonomia das pessoas, maior valorização perante a família e comunidade, assim como a busca por formas para a desmedicalização dos mesmos. O projeto mostrou também como o trabalho em grupo permitia a expressão da singularidade de cada membro dentro da terapêutica coletiva. Houve uma sugestão feita pelos próprios pacientes de realizarem

caminhadas antes do encontro coletivo. Assim propiciando um momento de promoção à saúde, mas também a vontade dos pacientes de permanecerem como parceiros, incentivando e fortalecendo o vínculo interpessoal.

Este projeto apresentou muitos benefícios aos participantes entre eles a reinserção ao convívio social, empoderamento e autonomia perante suas escolhas, tornando os atores principais de suas vidas.

- **Ansiedade generalizada: ouvir para ajudar. Como usar o acolhimento para tratar a ansiedade¹⁸**

O presente artigo trata-se de um TCC, para a obtenção de título de especialista em saúde da família. O mesmo apresentou um projeto com enfoque para consultas com acolhimento, escuta e auxílio na resolução de problemas dos pacientes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Tendo como finalidade a diminuição das prescrições medicamentosas, focando em um atendimento desmedicalizante. Os principais objetivos a serem alcançados nesta intervenção foram o diagnóstico e acolhimentos precoce, às consultas foram específicas para o transtorno mental, maior frequência nos retornos e tempo da escuta, além de trabalhar junto ao paciente formas de diminuir e solucionar suas angústias e aflições.

A intervenção foi baseada através de revisão literária de artigos, diretrizes da sociedade médica, livros de psiquiatria, guias de diagnóstico e instrumento para triagem do transtorno de ansiedade.

O público-alvo da intervenção foram pessoas que residia em dois bairros de um município do estado do Rio de Janeiro e eram atendidas pelas equipes de saúde da família de uma Unidade Básica de saúde de referência do território.

A intervenção contou com a participação dos agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem e médico. Também obteve-se a participação da comunidade, como escolas, igrejas, grupos de ajuda a desabrigados e dependentes químicos.

Cada grupo tinha sua função dentro do presente estudo, sendo a dos agentes de saúde a divulgação e promoção das informações do projeto de intervenção, focando principalmente em pacientes que se enquadravam no diagnóstico, a equipe de enfermagem na triagem priorizando casos de urgências e pacientes graves e ao médico a consulta com uma escuta ativa, buscando compreender as aflições e

angústias trazida pelo paciente, assim trabalhando junto a ele a solução ou diminuição do sofrimento, sem depender do uso de medicação para isso.

O resultado do projeto de intervenção evidenciou que por meio de um primeiro atendimento qualificado e de atendimentos médicos que coloca o sujeito no centro do tratamento, com uma escuta terapêutica e métodos de solução pensados juntos, o paciente pode vir a ter sua diminuição ou solução do sofrimento psíquico, utilizando-se o encaminhamento para serviços especializados ou a prescrição medicamentosa como o último recurso da necessidade apresentada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa apontou que a maior parte das ações desmedicalizantes estão sendo trabalhadas na Atenção Primária. Sendo elas desenvolvidas por meio de projetos realizados por estudantes, principalmente, estudantes de psicologia. Poucos artigos com a temática desmedicalização foram encontrados nas buscas de dados, o que mostra que é urgente a discussão e desenvolvimentos de estudos com esta temática.

Muitos artigos abordam e incentiva a medicalização infantil, da vida, da adolescência, da psiquiatria, porém, poucos falam sobre a cronificação consequente da medicalização da vida. Além disso, a prática desmedicalizante nos serviços de saúde mental brasileiros, ainda é um processo que está caminhando para vir a ser desenvolvido. No entanto estas questões já estão sendo estudadas e repensadas em alguns lugares no Brasil, entre eles o Rio de Janeiro que teve este ano o 3º Seminário Internacional da Epidemia das Drogas Psiquiátricas e o Rio Grande do Sul que tem apostado na perspectiva do movimento dos Ouvidores de Vozes para combater e se posicionar frente as práticas medicamentalizantes e medicalizantes da vida e existência humana. O nosso desejo é que este estudo motive outros pesquisadores a seguirem discutindo e produzindo pesquisas que aborde esta que é uma questão ética e de direitos humanos.

6. Referências Bibliográficas

1. Gonçalves MS. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880) Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan | jun 2013.
2. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5 edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 264p., 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
4. Alves DSN. Brasil. Ministério da Saude. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica. Memórias da Loucura. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental. Brasília, 2013.
6. . Muniz, M., Tavares, C., Abrahão, A., & Souza, A. (2015). A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 61-65 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a08.pdf>.
7. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>.
8. WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
9. Freitas F. Amarantes P. Livro analisa problemática da medicalização em psiquiatria. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/livro-analisa-problematICA-da-medicalizacao-em-psiquiatria>.
10. Marcon C, Silva LAM, Moraes CMB, Martins JS, Carpes AD. USO DE ANFETAMINAS E SUBSTÂNCIAS RELACIONADAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 247-263, 2012.
11. Tabet, L. P.; Martins, V. C. S.; Romano, A. C. L.; Sá, N. M.; Garrafa, V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 41, N. 115, P. 1187-1198, Out-Dez 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000701187.

12. Rocha RM. *Enfermagem em saúde mental*. Rio de Janeiro: Senac Nacional. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.spe4 Porto out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602016000400002.
13. GIL, AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002
14. Dorigatti AE; Aguilar ML; Madureira R M; Fonseca FG; Campos RTO; Nascimento JL. Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. *Rev. bras. educ. méd* ; 38(1): 113-119, jan.-mar. 2014. *graf, tab*. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000100015.
- 15.. Zanchet L; Palombini AL; Yasui S. Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Interface (Botucatu)* vol.19 no.55 Botucatu Oct./Dec. 2015 Epub Aug 18, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401039.
16. Ellison ML, Dunn EC. Empowering and demedicalized case management practices: perspectives of mental health consumer leaders and professionals. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation* [Internet]. 2006 Jun [cited 2019 Sep 25];5(2):1–17. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106209153&lang=pt-br&site=ehost-live>.
17. Ramos PF; Massih Pio DA. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. *Psicol. ciênc. prof* ; 30(1): 212-223, mar. 2010. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/349855/construcao-de-um-projeto-de-cuidado-em-saude-mental-na-atencao-basica.pdf>.
18. Ferreira FAM. Ansiedade Generalizada: Ouvir para ajudar. Como usar o acolhimento para tratar ansiedade. Trabalho de Conclusão de Curso- obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7990>.
19. A Epidemia das Drogas Psiquiátricas In: 3º Seminário Internacional a Epidemia das Drogas Psiquiátricas [evento na internet]. 2019 out. 29 -31; Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://youtu.be/7VZF91-POhU>