

CAROLINE DUQUE SANTANA

**Mudanças percebidas pelos usuários durante tratamento no serviço de
Psicologia e Psiquiatria em uma Unidade Básica de Saúde
no município de São Paulo**

São Paulo

2021

CAROLINE DUQUE SANTANA

**Mudanças percebidas pelos usuários durante tratamento no serviço de
Psicologia e Psiquiatria em uma Unidade Básica de Saúde
no município de São Paulo**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega.

São Paulo

2021

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Santana, Caroline Duque.

Mudanças percebidas pelos usuários durante tratamento no serviço de Psicologia e Psiquiatria em uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo / Caroline Duque Santana; orientadora Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega. -- São Paulo, 2021.

101 p. : fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original.

1. Saúde Mental. 2. Sofrimento Psíquico. 3. Escala de Mudança Percebida. 4. Atenção Primária a Saúde. I. Nóbrega, Maria do Perpétuo S. S. II. Título.

Santana CD. Mudanças percebidas pelos usuários durante o tratamento no serviço de Psicologia e Psiquiatria em uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /2021

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Ao maior ser espiritual, por me proteger e proporcionar as condições necessárias para ir em busca de meus desejos, extrair de mim o medo de falhar sem tentar e, ainda, melhor que isso, por ter colocado anjos nos meus caminhos para que eu pudesse concluir essa empreitada.

À minha querida Prof^a. Dra. Maria do Perpétuo S.S. Nóbrega, minha mestra e orientadora na construção deste trabalho, sua disponibilidade alcançou e abraçou minhas ideias de forma sábia.

A Arthur Cesar S. A. Santana, meu admirável companheiro que, além de ser esposo e amigo, exerceu sua paciência e crença em mim. Na demonstração do seu amor pode revisar os bancos de dados, estruturar a dissertação nos programas e sempre me apoiar.

A Marilene Campos Duque e Albelino Aragão Duque, meus pais, que, mesmo à distância, depositaram em mim o que não conseguiram ter.

Aos meus irmãos, Bruno Campos Duque, por ser fonte de inspiração e ambição, e Mauricio Campos Duque que, além de ser padrinho de Letícia, minha filha, é um lutador nato com a vida.

A Letícia Duque Santana, primogênita de 8 anos, por ser amorosa, solidária, compreensiva e companheira, além de ser meu suporte na luta diária. A Lis, a florzinha arteira da casa, pelas suas travessuras, alegrias e me fazer ter energia para além das minhas capacidades. Para vocês duas, a explosão do amor mais que verdadeiro.

A Michela Guerra, minha amiga, comadre e acolhedora fiel.

Ao Prof. Marcos Meada, estatístico, que foi paciente e disponível em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

A gratidão é a memória do coração.

Antístenes

Declaro, novamente, meu profundo agradecimento à Prof.^a Dra. Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega pelo incentivo e acolhimento desde o começo. Confiança de que minha trajetória valeria um trabalho de pesquisa e, principalmente, de autoria.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde Dona Mariquinha Sciascia, localizada na Cidade de São Paulo, que contribuíram para a minha jornada de 9 anos e 2 meses. Desde os mais novos aos mais antigos incluindo os que saíram na metade do período de minha caminhada. Penso que os mais próximos possam identificar a relevância por meio da aproximação e da permanência dos contatos.

Novamente, aos meus colegas que se mostraram amigos ao serem cuidadosos com a minha família: alguns, pelos incentivos positivos, pela admiração e demonstração de afetos; e outros, por uma afinidade ímpar nas discussões e compartilhamentos de casos clínicos, nas transdisciplinaridades, nos sorrisos, nas confidências, no café da manhã, no dar bom dia e dizer tchau.

Gostaria de me dirigir à atual supervisora da UBS D. Mariquinha Sciascia, Nelice Canhoto, por ter aprovado as primeiras assinaturas para que eu pudesse avançar com o projeto.

Dirijo-me, ainda, ao Prof. Dr. Oziris Simões, da Assessoria Técnica da CRS-Norte, que além de ter sido meu professor em 2009 e pudemos nos reencontrarmos em 2019 com a mesma lembrança da aluna inquieta e instigada pelo conhecimento.

A Andrea Rosa, Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Interlocutora de Saúde Mental de São Paulo.

À querida revisora Maria Amália de Lima Cury, pelo zelo, cuidado e dedicação a esta dissertação.

“Maturidade não é quando você começa a falar grandes coisas. É quando você começa a entender pequenas coisas.”

(Autor desconhecido)

RESUMO

Santana CD. Mudanças percebidas pelos usuários durante o tratamento no serviço de Psicologia e Psiquiatria em uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021. Versão Original.

Introdução: produzir cuidados em saúde mental é oferecer possibilidades para que os usuários em sofrimento psíquico se percebam não apenas como coadjuvantes, mas, como protagonista do seu processo de transformação. A Atenção Primária à Saúde enquanto porta de entrada para o Sistema Único de Saúde deve acolher as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico e produzir medidas resolutivas para essas demandas. A mesma se configura como campo importante de produção de cuidados em saúde mental e vem sendo solicitada desde a implantação da Rede de Atenção Psicossocial. **Objetivo:** Analisar as mudanças percebidas pelos usuários durante o tratamento no serviço de psicologia e psiquiatria em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. **Método:** pesquisa quantitativa, transversal, descritiva e exploratória, conduzida em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo. A amostra de conveniência foi constituída por 120 usuários com idade superior a 18 anos e em tratamento nos serviços de Psicologia e Psiquiatria de no mínimo 12 meses. A coleta foi realizada de 16 de março a 17 de abril de 2020. Foi utilizada a Escala de Mudanças Percebidas e questionário sociodemográfico e clínico. As *variáveis dependentes* foram: problemas pessoais, humor, estabilidade emocional, confiança, interesse pela vida, capacidade de suportar situações difíceis, convivência com a família, convivência com amigos, com outras pessoas, interesse por trabalhar as mudanças percebidas com o serviço de saúde, obtidas através do cálculo médio da EMP após o início de tratamento na UBS (para o caso de análise univariada e múltipla de correlação com a mudança percebida); as *variáveis independentes* foram: características do perfil sociodemográfico e clínico dos usuários atendidos na UBS, tempo de tratamento, histórico de internação, quantidade de internações, uso de psicotrópicos, tratamentos em outros equipamentos de saúde, no serviço de psicologia e psiquiatria da UBS, acompanhamento por outras especialidade de saúde, existência de outras doenças

além do transtorno psiquiátrico, participação em atividades de promoção em saúde, frequência de consultas e retornos da psicologia. Realizou-se análise descritiva, univariada e múltipla por meio de Regressão Linear Múltipla com nível de significância de 5%. A suposição acerca da normalidade da variável dependente foi comprovada por teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Protocolo: N.º 3.389.518). **Resultados:** Da amostra (n=120) são do sexo feminino (70%), casada (3,5%), ensino médio completo (42,5%) e média de idade de 55,9 anos. As variáveis independentes número de filhos ($p=0,021$) e viver com outros ($p= 0,042$) apresentaram correlação com a mudança percebida. Pela análise múltipla, a variável que corresponde à vive atualmente com outros (0,197) tem maior percepção de mudança. Viver com o cônjuge (-0,146) não se considera preparado para alta do serviço de psiquiatria (-0,231), às vezes segue a prescrição médica (-0,166), tem familiares com sofrimento psíquico ou transtorno mental (-0,293), com destaque para o fato de que todas as variáveis têm menor percepção de mudança. A distribuição de normalidade mostrou que há pouca mudança percebida em relação aos processos de tratamentos ($r^2=0,212$), ou seja, 21,2% dos entrevistados apresentaram mudança percebida. **Conclusão:** As variáveis que contribuem positivamente para melhor percepção de mudança são não fazer uso de psicotrópico, viver com outras pessoas, não ter histórico de tratamento psiquiátrico e psicológico, não ter familiares em sofrimento psíquico/transtorno mental, não passar em tratamento psiquiátrico e fazer apenas tratamento psicológico; e as que contribuem para menor percepção de mudança foram viver com cônjuges, não se sentir preparado para alta psiquiátrica, não seguir e/ou às vezes seguir a prescrição médica e ter familiares em sofrimento psíquico/transtorno mental.

Palavras-chave: Saúde Mental (Percepção). Saúde Mental (Tratamento). Sofrimento Psíquico. Escala de Mudança Percebida. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Santana CD. Changes perceived by users during treatment in the Psychology and Psychiatry service in a Basic Health Unit in the city of São Paulo [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculty of Dentistry; 2021. Versão Original.

Introduction: to produce mental health care is to offer possibilities for users in psychological distress to perceive themselves not only as a supporting role, but as a protagonist in their transformation process. Primary Health Care as a gateway to the Unified Health System must accommodate the needs of people in psychological distress and produce resolving measures for these demands. It is configured as an important field for the production of mental health care and has been requested since the implementation of the Psychosocial Care Network. **Objective:** To analyze the changes perceived by users during treatment in the psychology and psychiatry service at a Basic Health Unit in the city of São Paulo. **Method:** quantitative, transversal, descriptive and exploratory research, conducted in a Basic Health Unit in the city of São Paulo. The convenience sample consisted of 120 users, aged over 18 years, undergoing treatment at the Psychology and Psychiatry services, for at least 12 months. Data collection was carried out from March 16 to April 17, 2020. The Perceived Change Scale and a socio-demographic and clinical questionnaire were used. The dependent variables were: personal problems, mood, emotional stability, confidence, interest in life, ability to withstand difficult situations, living with family, living with friends, with other people, interest in working on perceived changes with the health service, obtained through the average calculation of the EMP after the beginning of treatment at the UBS (for the case of univariate and multiple analysis of correlation with perceived change); the independent variables characteristic of the sociodemographic and clinical profile of the users treated at the UBS, treatment time, hospitalization history, number of hospitalizations, use of psychotropic drugs, treatments in other health equipment, in the psychology and psychiatry service of the UBS, follow-up with other health specialty, existence of other diseases in addition to psychiatric disorder, participation in health promotion activities, frequency of consultations and psychology visits. Descriptive, univariate and multiple analysis was

performed using Multiple Linear Regression, with a significance level of 5%. The assumption about the normality of the dependent variable was confirmed by the Kolmogorov-Smirnov Normality test. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo School of Nursing (Protocol: No. 3.389,518). **Results:** From the sample (n=120) they are female (70%), married (3.5%), complete high school (42.5%), with a mean age of 55.9 years. The independent variables number of children (p=0.021) and living with others (p= 0.042) correlated with perceived change. By multiple analysis, the variable currently lives with others (0.197) has a greater perception of change. Living with a spouse (-0.146), is not considered prepared for discharge from the psychiatry service (-0.231), sometimes follows the medical prescription (-0.166), has family members with psychological distress or mental disorder (-0.293) has less perception of change. The normality distribution showed that there is little perceived change in relation to treatment processes ($r^2=0.212$), that is, 21.2% of respondents showed perceived change. **Conclusion:** The variables that positively contribute to a better perception of change are not using psychotropic drugs, living with other people, not having a history of psychiatric and psychological treatment, not having family members in psychological distress/mental disorder, not undergoing psychiatric treatment and doing only psychological treatment; and those that contribute to lesser perception of change were living with spouses, not feeling prepared for psychiatric discharge, not following and/or sometimes following the medical prescription and having family members in psychological distress/mental disorder.

Keywords: Mental Health (Perception). Mental Health (Treatment). Psychic Suffering. Perceived Change Scale. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis sociodemográficas da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)	52
Tabela 4.2 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis clínicas da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)	54
Tabela 4.3 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das subescalas Saúde Física, Aspectos Psicológicos/Sono e Relacionamentos/Estabilidade Emocional. São Paulo, 2020 (n=120).....	55
Tabela 4.4 - Análise descritiva dos fatores da EMP para o total da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)	56
Tabela 4.5 - Análise univariada das variáveis sociodemográficas postas em correlação com a EMP. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)	57
Tabela 4.6 - Análise univariada das variáveis clínicas com a Escala Global da EMP. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)	59
Tabela 4.7 - Parâmetros da regressão linear múltipla entre a EMP e as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120).....	60
Tabela 4.8 - Regressão Linear Múltipla pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EMP	Escala de Mudança Percebida
HP	Hospital Psiquiátrico
MP	Mudanças Percebidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
QSDC	Questionários Sociodemográfico Clínicos
QV	Qualidade de Vida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SM	Saúde Mental
SP	Sofrimento Psíquico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Discorrer sobre minhas ações é uma tarefa difícil! Lembro-me de inquietações e curiosidades ao traçar caminhos onde pude reconhecer no que me propus a fazer, condições que vivencio até hoje, de dar voz ao discurso do sujeito e buscar novos conhecimentos para melhorar a condição de vida dos usuários que se encontravam em sofrimento psíquico (SP).

Com a faculdade de Psicologia que cursei, em Salvador, pude articular o funcionamento da minha subjetividade com os desacordos dos comportamentos vistos na prática dos serviços de saúde pública. Com base nos primeiros trabalhos profissionais desenvolvidos na área da Saúde Mental (SM) percebi a dificuldade da população em viver em extrema pobreza e que a deficiência da escolaridade não fazia parte dos itens mais importantes, e sim as necessidades de ter o alimento projetadas sobre o olhar. O adoecimento físico e mental observado podia ser compreendido por meio dos comportamentos, e o discurso dos sintomas físicos falavam, também de um sofrimento psíquico, incompreendido pela linguagem biológica.

A minha vinda para São Paulo resultou em uma expansão de ideias e compreensões sobre a diversidade dos programas e equipamentos de saúde e de ver um ajuntamento dos níveis hierárquicos para ofertar saúde. Aqui, tive o estranhamento pela diversidade populacional, e como essa população operava em busca dos seus direitos, ou seja, de se manifestar em relação ao desejo de obter mais saúde.

Ingressei para trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Norte, onde permaneci por 9 anos e 2 meses, e como fruto deste trabalho despertou em mim questionamentos sobre como esses usuários são cuidados pela equipe de saúde mental.

Viabilizar a construção deste estudo é permitir que os usuários, em suas tentativas emancipatórias, possam se perceber ante o tratamento disponibilizado, a fim de que tenham fácil compreensão sobre as ações e métodos de cuidados da saúde-doença-tratamento e se manifestem em consonância com o discurso proferido; enfim, que tragam significados reais para si, e que ambos, usuários e profissionais, possam ir além de um olhar patológico que lhes é ofertado em tratamento.

Penso ser importante questionar como se percebem e como se vinculam ao seu tratamento. Além disso, indago se há possibilidade de estabelecer prazos para se obter uma melhora, uma vez que minhas reflexões, também se estendem à questão de reduzir o sofrimento psíquico em tempo de consultas pré-determinadas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	Fenomenologia da Percepção	23
1.2	Revisão de Literatura	29
1.2.1	Integração da Saúde Mental com Atenção Primária em Saúde	30
1.2.2	Psicologia nos Cuidados em Saúde Mental na APS	36
2	HIPÓTESES E OBJETIVOS DO ESTUDO	41
3	MÉTODO	43
3.1	Tipo de Pesquisa – Delineamento Metodológico	43
3.2	Local do Estudo	43
3.2.1	Crerios para inclusão e exclusão dos participantes	44
3.3	Instrumentos da Coleta de Dados	45
3.4	Procedimentos das Coletas de Dados	47
3.5	Análise de Dados	48
4	RESULTADOS	51
4.1	Análise Descritiva	51
4.2	Análise Univariada para a EMP Global	56
4.3	Análise Multivariada para a EMP Global	60
4.4	Apresentação da Cartilha	61
5	DISCUSSÃO	65
6	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	83
	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

Entender que a saúde mental não está dissociada da saúde geral é poder reconhecer falas, queixas de um sofrimento psíquico trazidas em consultas, acolhimentos e até mesmo nas intervenções de um atendimento; a UBS é a porta de entrada para os demais serviços. Diagnosticar precocemente previne cronicidade do adoecimento psíquico, e complicações orgânicas que acompanham. O desafio de cada profissional está em perceber, analisar e intervir sobre estas questões, as práticas de saúde mental devem ser realizadas por todos da equipe da APS, independentemente da sua formação.

Importante que profissionais incorporem e aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária. De tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. No entanto, nem tudo aquilo que se realiza como prática em saúde mental ainda está para sendo visto como forma de cuidado, sendo necessário viabilizar e construir intervenções para que o paciente identifique mudanças no decorrer do seu tratamento e os profissionais tenham uma melhor compreensão de sintomas trazidos nos discursos dos pacientes (Brasil, 2015).

1.1 Fenomenologia da Percepção

As Mudanças Percebidas (MP) pelos pacientes/usuários¹ atendidos na Atenção Primária em Saúde (APS)² sobre as quais essa dissertação trata, faz parte da esfera psíquica e de como o sofrimento se expressa. As subjetividades e as modalidades de sofrimento psíquico do paciente/usuário estão vinculadas com o social de qualquer serviço de saúde por onde ele transita.

¹ Nesta dissertação, o termo paciente/usuário é sinônimo.

² Nesta dissertação, adotou-se o termo Atenção Primária em Saúde (APS).

De acordo com o Dicionário Aurélio, o termo Percepção designa:

Ação ou efeito de perceber, de compreender o sentido de algo por meio das sensações ou da inteligência: percepção do sofrimento, do clima. Juízo consciencioso acerca de algo ou alguém: é necessário entender a percepção do certo e do errado (Ferreira, 2020, p. 577).

Para Oliveira e Mourão-Júnior (2013), a percepção se refere à função cerebral que atribui significado aos estímulos sensoriais. A sensação consiste em uma parte dos aspectos cognitivos como ato propulsor que incide em processar as informações do indivíduo sobre o momento de como está sendo afetado no seu sentir. Isto é, a percepção dos objetos externos concede efeito interno dessas qualidades sobre o indivíduo (Chauí, 2004). Através da sensação, pode-se ver, tocar, sentir, ouvir as qualidades puras e diretas dos objetos como cores, odores, sabores, texturas, sons e temperaturas. Essas qualidades que ocorrem no corpo ou na mente pelo contato direto com as coisas sensíveis, tais como prazer, desprazer, dor, agrado, desagrado, também produz percepção (Oliveira; Mourão-Júnior, 2013).

Na corrente filosófica do Racionalismo Moderno, a sensação e a percepção dependem do indivíduo, e a coisa exterior é apenas a ocasião para que a sensação e/ou percepção ocorram. Dessa forma, o indivíduo é ativo, e a coisa externa é passiva; significa que, sentir e perceber são fenômenos que dependem da capacidade do indivíduo para decompor o objeto em suas qualidades simples: sensação e de recompô-lo como um todo, dando-lhe organização e significação: percepção (Hirata, 2012).

Para Oliveira e Mourão-Júnior (2013):

A passagem da sensação para a percepção é um ato realizado pelo intelecto do indivíduo do conhecimento, que confere organização e sentido às sensações. Não haveria algo propriamente chamado percepção, mas sensações dispersas ou elementares; sua organização ou síntese seria feita pela inteligência e receberia o nome de percepção. Assim, na sensação, "sentem-se" qualidades pontuais, dispersas, elementares e, na percepção, os indivíduos "sabem" que estão tendo sensação de um objeto que possui as qualidades sentidas por elas (p. 43).

Os profissionais de saúde tendem e/ou são levados a acreditar que sua maior contribuição na vida do paciente/usuário é ofertar apenas acerca da cura, e essa expectativa se faz presente no processo saúde-doença-cuidado. Porém, entre os maiores impactos nesse processo está o conceito de que o paciente/usuário é um sujeito passivo ante as intervenções do profissional; sugerem-se, então, práticas que constituam e fortaleçam a perspectiva de autonomia dos pacientes/usuários (Barreto, 2011).

Com a finalidade de promover saúde e prevenir doenças, admite-se que as práticas em saúde pública devem respeitar e fortalecer o paciente/usuário. E, ainda garantir espaço de acolhimento, escuta e diálogo que configurem uma ação democrática, integradora e participativa com inclusão de uma visão interdisciplinar que valorize as várias dimensões humanas (Goulart; Chiari, 2010).

A participação do paciente/usuário é fundamental na relação terapêutica, portanto, incluir a perspectiva dos próprios pacientes/usuários dos serviços de saúde mental constitui uma abordagem que provoca o interesse nos profissionais que atuam com saúde mental (Holcomb et al., 1998). Ter a percepção do próprio sofrimento psíquico/transtorno mental pressupõe uma hermenêutica do fenômeno patológico a partir da experiência vivida e contribui para observar as variações, equilíbrios, excessos e disfunções perante o tratamento que está sendo ofertado (Barreto, 2011).

Vivencia-se na prática uma dicotomia no valor conferido ao dado objetivo e ao subjetivo; por um lado há distanciamento sobre a percepção do próprio paciente/usuário e do que ele pode trazer de contribuição para a compreensão acerca de suas vivências, com desvalia do relato subjetivo. Por outro, instala-se a necessidade de considerar o sofrimento e suas experiências e como se deve intervir de forma mais eficaz.

Diagnosticar um paciente não se restringe a reconhecer a patologia associada ao quadro clínico, classificado numa determinada categoria. É preciso compreender a singularidade, particularidades e condições específicas; é preciso conhecer a perspectiva do paciente/usuário em sua história, seu mundo psicossocial e sua subjetividade, de maneira a integrar a dimensão

psíquica e a física, articulando com o contexto sócio - histórico; logo, para tratar o paciente/usuário é fundamental escutar e acolher a experiência subjetiva daquele que sofre, considerando o desgaste físico e mental (Barreto, 2011).

Discorrer sobre o conceito da percepção é também abordar os aspectos históricos da neurociência sobre as funções psicológicas. A percepção, nessa linha, apresenta estreita ligação com os sentidos, sendo as primeiras etapas realizadas pelos sistemas sensoriais, responsáveis por sua fase analítica. É como se cada característica ficasse separada uma da outra em suas partes constituintes, tais como forma, cor, movimentos e assim por diante (Corso, 2009).

Entretanto, o mundo é percebido com totalidades integradas e não com sensações fracionadas, o que faz supor que existam outros mecanismos, além daqueles de natureza analítica, que contribuem para a percepção (Corso, 2009). Faz-se necessário entender que a percepção, conceito estritamente subjetivo, relaciona-se com o cérebro e, através da mesma, o indivíduo organiza e interpreta suas impressões sensoriais dando significado ao meio onde ele está inserido (Oliveira; Mourão-Júnior, 2013).

Na perspectiva filosófica, a percepção é vista sob a perspectiva de seus efeitos, no conhecimento de aquisição de informações sobre o mundo, sendo capaz de influenciar a aquisição de conhecimentos. O indivíduo sente e percebe totalidades estruturadas, dotadas de sentido e significação para compreender o fenômeno humano, pois nenhuma ciência basta por si, todas são necessárias (Oliveira; Mourão-Júnior, 2013).

Várias são as abordagens científicas com explicações para um mesmo fenômeno, e todas estão em busca de um modelo mais próximo da realidade. Todo ato mental, seja ele a percepção de um objeto, seja um enunciado verbal, ou ainda a resolução de um problema é constituído de um conjunto dinâmico e interconexão de componentes psicológicos (volitivos, afetivos, cognitivos) e de regiões cerebrais, onde cada uma dessas áreas contribui com operações básicas para o funcionamento do sistema ou ato como um todo (Campos et al., 2004).

Segundo Chauí (2004), a sensação é o que proporciona as qualidades exteriores dos objetos, bem como os efeitos internos dessas qualidades sobre o indivíduo. Em outras palavras, é sentir qualidades internas que ocorrem no corpo ou na mente pelo contato direto com as coisas sensíveis, tais como prazer, desprazer, dor, agrado e desagrado. A experiência sensível é, ao mesmo tempo, a qualidade presente no objeto externo e o sentimento interno que o corpo possui das qualidades sentidas. A sensação, então, é percebida como sendo uma reação corporal imediata a um estímulo externo sem que seja possível diferenciar, no ato mesmo da sensação, o estímulo externo e o sentimento interior (Oliveira; Mourão-Júnior, 2013).

O mesmo ocorre no caso de um alimento, que além de seu gosto, o indivíduo pode sentir ao mesmo tempo sua temperatura, consistência, sua cor, isto é, muitos de seus atributos, e perceber diversas qualidades e sentidos de modo integral. É nesse sentido que se diz, na realidade, que não se tem uma sensação isolada de outras, mas se tem sensações na forma de percepções, ou seja, como um conjunto de várias sensações; a percepção seria, portanto, uma síntese automática de sensações simultâneas (Chauí, 2004).

A passagem da sensação para a percepção é, nesse caso, um ato realizado pelo intelecto do sujeito do conhecimento, que confere organização e sentido às sensações (Oliveira; Mourão-Júnior, 2013). Não haveria algo propriamente chamado percepção, mas sensações dispersas ou elementares; sua organização ou síntese seria feita pela inteligência e receberia o nome de percepção. Assim, na sensação, “sentimos” qualidades pontuais, dispersas, elementares e, na percepção, “sabemos” que estamos tendo sensação de um objeto que possui as qualidades sentidas por nós (Chauí, 2004).

Berkeley (2010) afirma que a percepção é a única realidade de que se pode estar certo. Não se é dado conhecimento sem certeza da natureza dos objetos físicos do mundo em que se vive, tudo o que se sabe é como esses objetos são percebidos, como está sendo percebido dentro do indivíduo, portanto, não reflete o mundo externo. Autores apontam que um objeto físico nada mais é do que um acúmulo de sensações experimentadas conjuntamente, de modo que a força do hábito as associa entre si na mente, e

o mundo experimentado é o mundo que deriva da experiência individual e/ou nela se baseia, ou seja, é a soma dessas sensações; sendo assim, não existe nenhuma substância material sobre a qual se pode estar certo, porque, ao se retirar a percepção, a qualidade desaparece (Berkeley, 2010; Oliveira; Mourão-Júnior, 2013).

Dessa forma, não pode haver cor sem a percepção da cor, nem forma ou movimento sem a percepção da forma ou do movimento. De acordo com Berkeley (2010), os objetos reais não são entendidos como existentes no mundo material, somente em função da percepção, mas, toda experiência que ocorre dentro do indivíduo é relativa à sua percepção, nunca se pode conhecer com certeza a natureza física dos objetos, uma vez que se conta apenas com a percepção que se tem deles. Portanto, a visão dos pacientes/usuários deve ser considerada categoricamente necessária para sua melhora psíquica (McCabe et al., 2007) e é através dela que os mesmos conseguem identificar as mudanças em suas vidas, em função do tratamento recebido e em consonância com sua participação e implicação.

Na avaliação do próprio tratamento, a autoestima, sentimento de controle e/ou empoderamento dos pacientes/usuários possibilita perceber que seu ponto de vista é acolhido (Tait; Lester, 2005). Concomitantemente, pode aumentar a satisfação com os serviços, o que se associa a uma melhor adesão e possivelmente menor taxa de abandono (Hasler et al., 2004), além de ser um fator preditivo para menor incidência de hospitalizações (Priebe et al., 1995).

A adesão ao tratamento é um fator essencial para a obtenção de resultados positivos mediante intervenções, especialmente, em saúde mental, onde a falta de *insight* e os sintomas positivos e negativos resultam na dificuldade em aceitar ou dar continuidade à medicação e, portanto, medidas que estimulam a adesão devem ser priorizadas (Hunter; Cameron, 2008). Neste sentido, autores como Hasler et al. (2004) aponta que a percepção dos pacientes/usuários contribui para mudanças em suas vidas em função do tratamento recebido, sendo importantes para os resultados os objetivos deste.

Estudos sobre as mudanças percebidas em pacientes/usuários atendidos na APS frente o tratamento em saúde mental são incipientes no Brasil. Verificar a percepção das mudanças dos pacientes/usuários durante o tratamento em saúde mental e sobre si, oportuniza aos mesmos compreender sua condição psíquica atual, bem como questionar a busca de alternativas para enfrentar o sofrimento psíquico/adoecimento/transtorno mental, posto que o processo de adoecer/ficar doente limita a saúde e suscita sentimentos negativos que comprometem a vida da pessoa.

Assim, pretende-se com o referido estudo contribuir para que os pacientes/usuários atendidos nos serviços de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS)/APS possam se perceber não apenas como coadjuvantes, mas protagonistas do seu tratamento, e serem corresponsáveis por suas transformações. Ademais, possibilitar que os profissionais de saúde que atendem nesse cenário repensem suas condutas e o compromisso quanto às demandas emergentes de saúde mental na APS.

1.2 Revisão de Literatura

Cuidar dos pacientes/usuários que sofre com a própria condição de existir é estabelecer relação de confiança, afinidade e permanência no tratamento. É beneficiá-lo com autonomia e proporcionar impulsos para repensar e perceber sobre a relação que atua com o mundo externo (social) e interno (psíquico). Dar informação, abraçar, cuidar e favorecer a educação em saúde permite mudanças, e faz com que os pacientes /usuários redesenhem o estilo de vida de forma ampla, além da condição psicopatológica. Para Morin et al. (1994) a complexidade dos processos de produção dos fenômenos sociais se caracteriza por serem determinados por uma multiplicidade de fatores que se relacionam de maneira sistêmica e contribuem para o adoecimento psíquico. Pensar no modo de como a doença atinge o corpo, duração, seu contexto clínico e de como é percebido pelo paciente acontece quando é ofertado a escuta. É poder ir além do simples acesso ao serviço de saúde, e buscar

garantias de integralidade para os cuidados em saúde mental. Também é provável reconhecer na equipe como no usuário a participação de ambos para garantir cuidados integrais, fazer presente no tratamento e interrogar-se de si mesmo (Merhy et al., 2007).

Quando uma pessoa é acometida por um transtorno psíquico, mesmo que produza alteração biológica, existe relação com meio no qual este usuário/paciente está inserido, e refere-se à história de vida. E acessar o sofrimento psíquico é uma condição particular, que envolve a elaboração psíquica individual de cada paciente/usuário (Catani, 2015).

Essa realidade convoca os profissionais de saúde a lidarem com situações limites, em muitos casos de extrema gravidade e não raras vezes, de uma digna condição humana, como no caso do atendimento a vítimas de maus-tratos, violência, drogadição, suicídio, dor e humilhação de toda ordem (Endo, 2013). Uma tarefa necessária é observar e descrever como o paciente se comporta e se percebe no próprio tratamento, e com seu problema de saúde, segundo as contingências são colocadas em convívio diário. A história de um paciente merece, em qualquer caso, ser considerada como um todo e como uma sequência lógica para a manutenção do tratamento que é ofertado. (Moraes et al., 2009).

1.2.1 Integração da Saúde Mental com Atenção Primária em Saúde

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) configura o campo de práticas e de produção em cuidados em saúde mental. Na medida em que se tem a proposta de produção em cuidados dentro dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialidade como desafio à assistência prestada e ampliada, permitindo que o acesso ocorra sem danos para os que dela necessitam (Aosani; Nunes, 2013).

A APS se caracteriza como um conjunto de atuações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção em saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde, autonomia, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011).

Cecílio (2001) aponta os aspectos de saúde na APS como necessidades da criação de vínculos efetivos entre os usuários e equipe; vínculo este que gera referências e relações de confiança, como identidade de um sistema de saúde para que os usuários possam reconhecer que o vínculo é mais do que uma simples prescrição. O serviço da APS significa o estabelecimento de uma relação contínua entre subjetividades e saúde mental como uma realidade crescente em virtude do percentual alto de pessoas em sofrimento psíquico (Cecílio, 2001).

Partindo deste contexto, os transtornos mentais graves e persistentes apresentam grande variação nas taxas de prevalência (4 a 88%) de acordo com o critério utilizado (Drummond et al., 2014). E os transtornos mentais comuns (TMC) que produzem incapacidade funcional comparável e, por vezes, superior aos transtornos mentais crônicos com taxas que variam de 24,6% a 45,3% no mundo e no Brasil de 28,7% a 50%, que se caracterizam como um conjunto de sintomas, tais como ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas e como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes, atingindo aproximadamente um terço da população dos indivíduos em diferentes faixas etárias que buscam na APS serem acolhidas, compreendidas e atendidas em suas necessidades (Nóbrega et al., 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Transtornos Depressivos afetam 4,4% da população mundial; o Brasil está no segundo lugar entre os países das Américas com prevalência de (5,8%), ficando apenas atrás dos Estados Unidos (5,9%); e quanto aos Transtornos de Ansiedade, o Brasil também é o país com maior prevalência no mundo (9,3%) (Fernandes et al., 2018).

Entretanto, as queixas inespecíficas, comuns ao TMC, não são reconhecidas imediatamente pelos profissionais, devido à maior valoração para queixas físicas, legitimadas pelo modelo biomédico e, para tanto, de acordo com Nóbrega et al. (2017) é necessário ampliar esse discurso para a condição psicológica, cujos termos são definidos como:

- **Sufrimento psicológico:** são as condições de como os indivíduos se apresentam na relação com o mundo; apresentado pela ansiedade, depressão, irritabilidade e reações estressoras em face da vida cotidiana e estado de esgotamento vital (Lima et al., 2018).
- **Sufrimento psíquico:** cuja origem se desconhece, ruma, repete-se, gera sintomas e leva à reação, na maioria das vezes, de forma imprevista. Derivada da estrutura psíquica de cada sujeito (Santos, 2014).
- **Estrutura psíquica:** refere-se à existência de três sistemas ou instâncias psíquicas que são o inconsciente, o pré-consciente e o consciente. Quando se pensa na palavra “estrutura”, automaticamente é direcionado para pensar no arcabouço trazido pela condição do indivíduo (Zanetti; Höfig, 2016).
- **Psíquico** é pensar na alma, psiquismo, mente, e não no biológico (Chaves, 2018)

O psiquismo é parte integrante do sistema imunológico, pois quando o organismo está “enfraquecido”, qualquer indivíduo estar suscetível a contrair doenças e, dessa forma, apresenta dificuldade para lidar com os conflitos internos e externos; em síntese, adoecer/sofrer psiquicamente não caracteriza um transtorno mental, mas é uma situação circunstancial, até mesmo como defesa (Ceccarelli, 2005).

Tanaka e Ribeiro (2009), dizem que a saúde é resultado de um processo social que expressa qualidade de vida (QV) de uma população, entendida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, por esse motivo, neste capítulo, o sofrimento psíquico, o social e as políticas que se desenvolveram em torno da saúde estão articulados. O modo como os pacientes/usuários se relaciona com o social passa a ser absorvido pela equipe de APS.

Com o movimento da Reforma Sanitária no início da década de 1970, mudanças e transformações ocorreram e resultaram na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Massuda, 2008). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nos dias atuais se configura como organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) estruturada pela Portaria N.º 4.279/2010 como estratégia de cuidado integral direcionado às necessidades da saúde da população. Destaca a APS como primeiro ponto de atenção e acesso preferencial, a fim de ordenar os fluxos e contrafluxos de paciente/usuários nos pontos da RAS e tem na UBS a porta de entrada para o SUS, para cumprimento da exigência de ações de promoção em saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde, além de tratamento e reabilitação (Campos et al., 2017).

O atual cenário da saúde mental emerge com a tramitação do projeto de Lei de Paulo Delgado que gerou a Lei 10.216/2001 cuja finalidade é proteger os direitos das pessoas em sofrimento mental e fazer a inclusão social e prevenção de atitudes discriminatórias (Brasil, 2001). As trajetórias sociais dos pacientes/usuários no campo da saúde mental os colocam em situação de relação com o externo e, ao mesmo tempo, consigo. As ofertas de cuidados estabelecidos pelas equipes de saúde, de modo geral, também são uma forma de se fazer a saúde mental e prevalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelecida pela Portaria N.º 3.088/2011 (Zanardo et al., 2017).

O Relatório Mundial de Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) aconselha o aparelhamento das redes de atenção psicossocial e orienta a oferta de tratamento à saúde mental na APS no contexto comunitário (WHO, 2002). Instituem-se desafios aos profissionais que atuam nesse campo, uma

vez que a construção de suas práticas precisa se descolar das patologias oriundas tanto de um contexto social como da própria condição psíquica dos pacientes/usuários, de suas lembranças, histórias e sentimentos que obriga as equipes a olhar para estes de forma única e singular.

Ofertar cuidado em saúde mental ultrapassa o modelo biomédico e institucional, pois o sofrimento psíquico transcende a esfera biológica e hospitalocêntrica, uma vez que nos pacientes/usuários que ouvem vozes, usam substâncias psicoativas, sofrem de angústia, dentre outras questões, a dor subjetiva se circunscreve ao seu corpo, em vivências de violências e opressões graves, ao mesmo tempo, também em que são seres desejantes. Dessa forma, intervenções clínicas-sanitárias tradicionais que um dia foram capazes de controlar as doenças epidêmicas se mostraram insuficientes atualmente para lidar com a saúde mental.

Para identificar as propostas terapêuticas ofertadas na APS é necessário reconfigurar a promoção em saúde e compreender o sofrimento/adoecimento psíquico como condição da realidade por meio da voz dos pacientes/usuários e fazê-los serem vistos como sujeitos de direitos, que têm potencial para articular seu próprio tratamento e, ao mesmo tempo, perceber-se perante seus sintomas e contribuir para a instalação dos processos de mudanças (Lacan, 1998).

Pensar na clínica da APS é proferir características próprias de uma clínica de “problemas” e não uma clínica só de diagnósticos; implica que na APS não se deve trabalhar somente com a queixa principal e, sim considerar a fala da subjetividade humana. Proporcionar encontros, reuniões profissionais faz com que os casos de sofrimento psíquico possam ser lidos com a subjetividade da própria equipe envolvida, de trocar ideias com a mediação do gestor / apoiador e se debruçar sobre ofertas teóricas; criar uma grupalidade e aumentar a capacidade de análise e intervenção para a demanda emergente (Campos et al., 2008).

A autoridade de uma equipe de saúde mental na UBS é configurada como participação dos usuários e suas famílias, assim como direcionamento dos membros que compõem o serviço de saúde mental, além do fato que toda doença apresenta um componente de sofrimento psíquico, e este influencia e

traz desafios para a equipe na condução de práticas preventivas para ofertar saúde (Aosani; Nunes, 2013).

As complicações e os discursos dos pacientes/usuários acerca de suas queixas em um encontro clínico conferem a estes a oportunidade de ampliar o seu discurso e ver as sintomatologias presentes como resultante do seu sofrimento psíquico. Restringi-los, implicaria a necessidade de buscar outros equipamentos de saúde desnecessariamente, fazê-los perder tempo em busca de outras condutas devido ao cuidado clínico pobre, que nega sua dor, além de uma sobrecarga no sistema de saúde (Arantes et al., 2016).

A respeito do funcionamento da assistência à saúde mental na APS, é indispensável compreender que este cenário evidencia a importância de articular ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo e traduzir no paciente/usuário a sua própria autonomia e emancipação para cuidar de si. Portanto, o princípio da Integralidade como uma das diretrizes do SUS vem para favorecer o diálogo entre profissionais e paciente/usuário a fim de concretizar os cuidados perante o sofrimento psíquico dentro da APS e promover a escuta e acolhimento, baseado nas relações éticas.

Desse modo, a APS passa a ser vista como um campo de produção de ações em saúde, com grande potencial para lidar com as necessidades da saúde contemporâneas, pela proximidade que se tem com os pacientes/usuários no território que ocupam, seja como trabalhador, seja como morador e, conseqüentemente, nos locais de produção do processo saúde-doença. Vale lembrar que o profissional de saúde se torna, antes de tudo, um educador que impulsiona os pacientes/usuários a participarem e aderirem às decisões, bem como às ações de seu tratamento (Souza et al., 2008).

Portanto, para a excelência no fazer saúde mental na APS e promover cuidados centrados nas demandas dos pacientes/usuários é necessário o exercício da escuta, a fim de minimizar o sofrimento psíquico, especialmente na UBS. Para tal, é possível relacionar o campo de saber e as insubstituíveis formas de exercer vínculos afetivos com os pacientes/usuários (Peduzzi et al., 2016).

1.2.2 Psicologia nos Cuidados em Saúde Mental na APS

Marcar a importância da psicologia no contexto da saúde é uma forma de compreender o adoecimento e as maneiras pelas quais o homem pode se manter saudável. Além de ser valorizado no âmbito multidisciplinar e interdisciplinar para ter acesso aos avanços acerca dos cuidados em políticas públicas.

A avaliação psicológica no contexto da saúde é um dos mais importantes recursos para a sistematização dos aspectos do funcionamento dos pacientes/usuários dentro dos serviços de saúde mental. Pode-se desempenhar um papel social relevante em documentar e caracterizar a população atendida, traçar estratégias de intervenção, prevenir cronicidade e tratamento (Capitão et al., 2005).

O desenvolver científico da Psicologia da Saúde, enquanto área de conhecimento e de aplicabilidade foi incentivada pela construção de modelos explicativos para os diversos transtornos de saúde, especialmente àqueles de natureza crônica que explicam a relação do indivíduo com a doença psíquica (Gorayeb, 2010). Identificar a participação de fatores sociais e psicológicos, além dos biológicos na etiologia da manifestação sintomática produz a reabilitação dos pacientes/usuários nos tratamentos em saúde mental (Straub, 2014).

Para a OMS, os serviços de saúde mental no nível primário devem proporcionar aos pacientes/usuários cuidados clínicos relevantes, para reduzir o impacto da doença mental e melhorar a qualidade de vida (WHO, 2002). Nessa perspectiva, é necessário que a equipe de saúde saiba diferenciar transtornos mentais de sofrimentos psíquicos (angústias, ansiedades, tristezas, melancolias, desamparos, desânimos dentre outros), o que possibilitará a esses profissionais ajudar na forma de exercer o cuidado e fazer a escuta da queixa apresentada pelo paciente/usuário.

Portanto, cuidar de quem sofre psiquicamente implica reconhecer a própria condição de existir e possibilitar ao paciente/usuário estabelecer uma relação de confiança com aquele que o assiste. O que, também contribuirá para beneficiá-lo com a autonomia e impulsioná-lo a repensar seu funcionamento no mundo. É dar-lhe a informação e educação em saúde como processo de construção, para que exerça sua percepção sobre si mesmo e redesenhe a condição de vida de forma ampla, e não restrita ao estado psicopatológico.

Ressalta-se que psicopatologias são as modificações do comportamento e da personalidade de um indivíduo, que se desviam da norma e/ou ocasionam sofrimentos, ou seja, não é de ordem de escolha do sujeito, envolve a condição do próprio indivíduo, do psiquismo.

A palavra "Psicopatologia" é composta de três palavras gregas: "psychê", que produziu "psique", "psíquico"; "pathos", que resultou em "paixão", "excesso", "sofrimento", "assujeitamento", "patológico" e "logos", que resultou em "lógica", "discurso", "narrativa", "conhecimento". Psicopatologia seria, então, um discurso, um saber, (logos) sobre a paixão, (pathos) da mente, da alma (psiquê). Ou seja, um discurso representativo a respeito do pathos psíquico; um discurso sobre o sofrimento psíquico; sobre o padecer psíquico. [...]. (Ceccarelli, 2005, p. 471).

O contexto social e a estrutura psíquica do paciente/usuário interferem na forma como estes enfrentam o seu sofrimento, portanto, pensar no psiquismo enquanto processo infundável de investigação dentro das diversas áreas do saber possibilita uma forma ampla de compreender como estes se relacionam com o mundo.

De acordo com Ceccarelli (2005, p. 473) “[...] até o final do século XIX não existia, em rigor, um saber sobre o sofrimento psíquico que acometia o homem”. Antes desse período, o indivíduo ativo não era capaz de agir e de ter responsabilidades no seu processo de adoecimento e adquirir comportamentos saudáveis para seguir os planos terapêuticos ofertados. Na atualidade, em saúde mental os profissionais da saúde devem trazer as representatividades dos pacientes/usuários para o eixo central da relação. Nesse sentido, os questionamentos são necessários para que estes não venham a ser

indiferentes com os pedidos dos pacientes/usuários dentro do serviço de saúde, mas que se coloquem como ouvintes e cuidadores para lidar com o sofrimento mental (Damacena et al., 2015).

Ao oferecer escuta, possibilita-se aos pacientes/usuários ir além do simples consumo do acesso no serviço de saúde, além de lhes garantir a integralidade do cuidado. Assim, será provável reconhecer na equipe de saúde, como também naquele que é cuidado, a participação no exercício de garantir cuidados integrais (Merhy et al., 2007). Então, a saúde mental enquanto área de conhecimento intervém no sofrimento psíquico e nas relações interpessoais sustentadas por uma dialética articulada à compreensão do adoecimento e da própria subjetividade, posto que:

Sufrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer (Brasil, 2013, p. 176).

A dor do sofrimento psíquico faz parte da realidade sociocultural e da individualidade de cada paciente/usuário associado às necessidades de conservação do próprio aparelho psíquico (Ceccarelli, 2005). Quando se escuta, está-se contribuindo para que o sofrimento psíquico, também compreendido como neurose (Fortes, 2014) enquanto adoecimento, possa ser ressignificado, ou seja, atribuído a novos significados, a fim de obter percepção e mudanças da dor revelado no corpo.

Considerando que o sofrimento psíquico é uma dor que não tem nome e que cada um vivencia à sua maneira, passa a ser lido como tentativa de retomar o poder sobre a própria vida, de exercer uma configuração legítima do inconsciente. Permite que paciente/usuário repense nas suas ações subjetivas e perceba as possíveis mudanças no seu processo de adoecimento.

A duração, a diversidade e as recomendações no contexto de cuidados em saúde mental influenciam as percepções de mudanças, as atitudes e comportamentos que aparecem nas atividades clínicas de rotina. Dentro das estratégias de atenção em saúde mental, o profissional de saúde observa e descreve como o paciente/usuário se comporta e se percebe no próprio tratamento e como seu problema de saúde atua no seu convívio diário,

portanto, a história do paciente/usuário merece ser considerada como um todo (Moraes et al., 2009).

Diante do exposto, entender que a saúde mental não está dissociada da saúde geral é poder reconhecer falas e queixas de sofrimento psíquico trazidas em consultas, acolhimentos e, até mesmo nas salas de espera das UBS, e que os desafios dos profissionais nesse cenário são perceber, analisar e intervir sobre estas questões, e os dos pacientes/usuários é de corresponsabilização consigo, com o tratamento. Nesse sentido, tem-se por objeto a mudança percebida por esses diante do tratamento recebido no serviço de saúde mental, nomeadamente, pelos serviços de Psicologia e Psiquiatria de uma UBS do município de São Paulo.

Estabeleceram-se as seguintes questões:

Os pacientes/usuários atendidos no serviço de Psicologia e Psiquiatria percebem mudanças durante o tratamento ofertado? As características socioeconômicas e clínicas influenciam a percepção de mudança dos pacientes/usuários? Qual/quais variáveis estão associadas à percepção de mudança dos pacientes/usuários atendidos no serviço Psicologia e Psiquiatria?

Pretende-se ao final dessa pesquisa contribuir com resultados que mostrem quais fatores se relacionam com a percepção de mudança dos pacientes/usuários no atendimento/tratamento do serviço de Psicologia e Psiquiatria, e que tais resultados possam ajudar a avaliar e trazer melhorias para a prática do serviço de Psicologia e Psiquiatria da UBS. Além disso, propõe-se trazer para os pacientes/usuários achados que contribuam para que esses incorporem competências que, por sua vez, promovam melhoras na sua condição psíquica e a responsabilização pelo tratamento.

2 HIPÓTESES E OBJETIVOS DO ESTUDO

Hipóteses

Foram hipóteses do estudo:

a) As variáveis idade, sexo, raça/cor, estado civil, com quem vive, escolaridade, renda familiar mensal, influenciam percepções de mudança por parte dos pacientes/usuários.

b) As variáveis Tratamentos psiquiátricos e psicológicos anteriores, internação psiquiátrica anterior ao tratamento na UBS, uso de psicotrópicos, tempo de tratamento no serviço de Psicologia, tempo de tratamento no serviço de Serviço de psiquiatria, seguimento de prescrição médica do psiquiatra, familiares com sofrimento psíquico ou transtorno de saúde mental influenciam percepções de mudança por parte dos pacientes/usuários

Objetivos

Objetivo Geral

- Avaliar com base numa amostra de uma UBS do município de São Paulo a mudança percebida por pacientes/usuários em tratamento no serviço de Psicologia e Psiquiatria e investigar as variáveis associadas.

Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes/usuários atendidos no serviço de Psicologia e Psiquiatria de uma UBS do município de São Paulo.

- Avaliar a influência das variáveis socioeconômicas e clínicas com relação à mudança percebida dos pacientes/usuários atendidos no serviço de Psicologia e Psiquiatria de uma UBS do município de São Paulo.
- Estruturar uma cartilha educacional para ajudar na autopercepção dos pacientes/usuários atendidos no serviço de Psicologia e Psiquiatria de uma UBS do município de São Paulo.

3 MÉTODO

Este estudo integra avaliação de mudanças percebidos em uma amostra de pacientes da atenção primária durante o tratamento recebido pela psiquiatria e psicologia de uma unidade básica de saúde (UBS) do estado de São Paulo e reflete nas políticas públicas em busca de melhorar ações em saúde mental (SM). O processo e o resultados desta pesquisa necessitou de entrevistas, aplicação dos questionários sociodemográfico clínicos (QSDC) e das escalas de mudanças percebidas (EMP).

3.1 Tipo de Pesquisa – Delineamento Metodológico

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, avaliativa, descritiva, exploratória referente às mudanças percebidas por pacientes/usuários atendidos no serviço de Psicologia e Psiquiatria de uma UBS do município de São Paulo. Estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição das doenças segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Os exploratórios visam descobertas, achados, elucidação de fenômenos, e explicação do que não é aceito apesar das evidências (Gonçalves, 2014).

3.2 Local do Estudo

Essa pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Dona Mariquinha Sciascia, localizada à Rua Dr. José Vicente, 39 - Tremembé - município de São Paulo-São Paulo. O horário de funcionamento da UBS é das 07h00min às 19h00min, de segunda a sexta-feira. A UBS não conta com equipe de Estratégias da Família.

A UBS Dona Mariquinha tem enquanto equipe de saúde as especialidades médicas de Psiquiatria, Ginecologia, Pediatria e Clínica Médica. Possui serviços de Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Exames, Farmácia, Serviço Social, Administrativo e Gerência.

A especialidade de Psiquiatria é referência para seis UBS, e a da Psicologia para duas UBS que compõem seu território de abrangência. A psiquiatria acolhe um território com uma população 160.691 usuários, referente a 6 bairros. E a psicologia acolhe uma população de 55.567 pacientes/usuários, referente a 2 bairros. Em 2017, o serviço de psicologia realizava aproximadamente 265 consultas individuais e 16 grupos de psicoterapia de grupo por mês.

A UBS Dona Mariquinha Sciascia, de acordo com o último levantamento administrativo realizado em 2018, tinha 2.016 usuários ativos frequentando o serviço de Psiquiatria que retornavam a cada três meses à consulta. Com a Portaria n.º 344/98 de Regulamentação Técnica sobre substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial, estabeleceu-se que os psicotrópicos prescritos teriam validade para no máximo 60 dias (dois meses), o que levou ao surgimento do grupo de acolhimento em saúde mental realizado diariamente para dar vazão a todos pacientes/usuários.

3.2.1 Critérios para inclusão e exclusão dos participantes

Como critérios de inclusão: usuários em tratamentos psiquiátrico e/ou psicológico, com idade superior a 18 anos, alfabetizados, com capacidade cognitiva preservada para responder aos instrumentos/entrevista e; não estar em quadro agudo (crise) do transtorno mental. Como critério de exclusão: usuários que tivessem tido três faltas consecutivas nos tratamentos psiquiátrico e/ou psicológico, casos interpretados pela equipe de saúde mental como abandono de tratamento.

Adotou-se como critério para participação na pesquisa, usuários frequentando tratamento psiquiátrico há no mínimo 12 meses, que tivessem pelo menos 4 a 6 consultas médicas de retorno consecutivas. Esse tempo é considerado pela equipe da UBS passível de uma avaliação, conduta e retorno.

Em relação ao tratamento psicológico, adotou-se como critério para participação, ter sido submetido no mínimo a 4 sessões de psicoterapia que correspondem a 2 a 3 meses de tratamento/acompanhamento.

3.3 Instrumentos da Coleta de Dados

Foi construído e aplicado um questionário sociodemográfico (Apêndice A) contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, religião, moradia e renda; e clínico com as variáveis: diagnósticos de acordo com Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 11), tempo de adoecimento, de tratamento, existência de outra doença além do transtorno psiquiátrico, sintomatologias apresentadas, histórico familiar, dados de internações em hospital psiquiátrico (HP), especialidades que contribuem para a melhoria.

Utilizou-se o "*Questionnaire of Perceived Changes*", desenvolvido por Mercier et al. (2004), no Canadá, e adaptada para o português por Bandeira et al. (2009), designado como Escala de Mudança Percebida (EMP) (Anexo A). Tendo sido demonstrado sua validade de conteúdo e equivalência semântica com o instrumento original e facilidade de compreensão pela população-alvo. A EMP apresenta propriedades psicométricas adequadas que garantem fidedignidade e validade para seu uso, bem como boa consistência interna e estabilidade temporal (Bandeira et al., 2009).

A EMP, versão brasileira, contém 19 itens que avaliam a percepção do paciente sobre as mudanças ocorridas em sua vida como resultado do tratamento recebido. Com alternativas de respostas tipo Likert de três pontos: **1a-** pior do que

antes; 2a- sem mudança; 3a- melhor do que antes, como resultado do tratamento recebido.

A subescala “Atividades e Saúde Física” é composta de oito itens que avaliam mudanças percebidas em relação às atividades de lazer, energia, realização de tarefas de casa, capacidade de cumprir obrigações/tomar decisões, interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa, assim como sexualidade, apetite e saúde física. Os itens são: 7, 8, 10, 11, 15, 16, 17 e 18.

A subescala “Aspectos Psicológicos e Sono” abrange seis itens referentes às mudanças percebidas em relação à confiança em si próprio, humor, problemas pessoais, sentimento de interesse pela vida, capacidade de suportar situações difíceis e qualidade do sono. Os itens são: 1, 2, 4, 5, 6 e 9.

A subescala “Relacionamentos e Estabilidade Emocional” abrange quatro itens que avaliam as mudanças percebidas em relação à convivência com os amigos, estabilidade de emoções, a convivência com a família e com outras pessoas. Os itens são: 3, 12, 13 e 14.

A EMP adaptada possui um item a menos, em relação à escala original, em função da análise feita pela comissão de especialistas no processo de adaptação transcultural que o considerou inapropriado (Bandeira et al., 2009).

Dentre os 19 itens da escala, existe um item global que avalia como o paciente percebe, em geral, os efeitos do tratamento recebido, enquanto os demais itens avaliam as mudanças percebidas em diversas dimensões de sua vida, incluindo aspectos físicos, psicológicos, vida social, condições de vida, etc. (Bandeira et al., 2009).

A escala EMP possui, ainda uma questão aberta que deve ser feita no início da entrevista: se o tratamento que está recebendo o ajudou a se sentir melhor? Em caso afirmativo, o paciente é interrogado a explicar. De que maneira o tratamento o fez se sentir melhor? Em caso negativo, pede-se ao paciente para explicar o que piorou em sua vida após o início do tratamento.

As questões abertas, evidentemente, não são usadas para o cálculo do escore de mudanças percebidas, servem apenas como uma fonte adicional de informações, que podem ser úteis para os profissionais do serviço, como um dado complementar.

A EMP contribui à medida que os dados subjetivos resultam na importância dos usuários se perceberem tendo resultados objetivos, causando-lhe uma real mudança no período do tratamento. Por sua vez, os resultados calibram as medidas objetivas com seu próprio tratamento, tendo desse modo, indicador da validade social das intervenções efetuadas (Bandeira et al., 2011).

3.4 Procedimentos das Coletas de Dados

Para a condução desta pesquisa, foram realizadas duas apresentações para os profissionais da equipe de saúde e pacientes/usuários da UBS, a fim de obter a sua colaboração. Inicialmente, levantou-se a ideia de cálculo amostral. Em função da pandemia COVID-19, adotou-se a coleta de dados por meio de amostra por conveniência pela dificuldade em levantar, no sistema “Siga Saúde”, o número de usuários ativos nos serviços de psiquiatria e psicologia. Soma-se a isso, a mudança no cotidiano de atendimentos realizados pelos psiquiatras, dos quais, dois profissionais foram afastados em decorrência do fator de risco - idade acima de 70 anos. As consultas psiquiátricas, no entanto, foram mantidas e conduzidas por médicos psiquiatras plantonistas.

Ressalta-se também a resistência dos usuários em participar do estudo (questionavam se havia alguma relação com a consulta). Porém, ao serem orientados acerca da importância da pesquisa para o processo de tratamento e para o próprio serviço decidiam, então, participar. O recrutamento dos participantes foi aleatório, realizado pela investigadora durante as consultas de psicologia e/ou enquanto aguardavam as consultas da psiquiatria na sala de espera e/ou nos dias de acolhimento em saúde mental, dias destinados aos pacientes faltosos, às trocas

de receituários e fornecimento de receitas para àqueles que estavam sem as medicações.

A coleta de dados aconteceu no período de 16 de março a 17 de abril de 2020 na própria UBS, mais especificamente, na sala da psicologia com total privacidade, mantendo o sigilo, conforto e acolhimento. Previamente, houve pré-teste dos instrumentos, sem necessidade de alterações. A aplicação foi conduzida por meio de entrevista, na qual as questões foram lidas e as respostas anotadas pelo entrevistador. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde obedecendo a Resolução Conselho Nacional de Saúde N.º 466/12, com parecer número 3.389.518 (Anexo B).

3.5 Análise de Dados

As respostas foram registradas no software Microsoft Excel ® 2010 e processadas com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.0 para Windows ®. O banco de dados e as análises estatísticas foram conduzidos com assessoria estatística particular.

Estabeleceram-se como variáveis independentes: as mudanças percebidas com relação ao serviço de saúde e obtidas através do cálculo médio da EMP após o início de tratamento na UBS. As variáveis sobre as mudanças percebidas por meio da EMP foram: problemas pessoais, humor, estabilidade emocional, confiança, interesse pela vida, capacidade de suportar situações difíceis, a convivência com a família, convivência com amigos, com outras pessoas, o interesse por trabalhar e tiveram resultados melhores desde que iniciou o tratamento.

Como variáveis independentes: características do perfil sociodemográfico e clínico dos usuários atendidos na UBS, tempo de tratamento, histórico de internação, quantidade de internações, uso de psicotrópicos, tratamentos em outros equipamentos de saúde, no serviço de psicologia e psiquiatria da UBS, acompanhamento com outras especialidade de saúde, existência de outras doenças além do transtorno psiquiátrico, participação em atividades de promoção em saúde, frequência de consultas e retornos da psicologia.

As variáveis sociodemográficas coletadas foram:

Sexo: masculino, feminino ou outros;

Idade: em anos;

Estado civil: casado, viúvo, divorciado/separados, outros;

Raça/Cor: Negra, branca, pardos, amarelos, indígenas;

Naturalidade: Nordeste, Norte, Centro-oeste, sudeste, sul e estrangeiro;

Escolaridade: Ensino fundamental, ensino médio, ensino superior completo, ensino superior incompleto, pós-graduação, sem escolaridade e curso técnico.

Número de filhos: apresentou uma média de 2 filhos, sendo que não houve nenhum com até 8 filhos;

Renda familiar: Até 1 salário mínimo, entre 1 a 3 salários mínimos, entre 3 a 6 salários mínimos, entre 6 a 9 salários mínimos e acima de 9 salários mínimos.

As variáveis clínicas coletadas foram:

Tratamentos psiquiátricos e psicológicos anteriores Sim ou Não

Internação Psiquiátrica Sim ou Não

Uso de psicotrópicos Sim ou Não

Tratamento atual psiquiátrico na UBS Sim ou Não

Tratamento atual psicológico na UBS Sim ou Não

Tempo de tratamento no serviço de Psicologia

- 1 a 6 meses; - 7 a 12 meses; 12 a 18 meses; 18 a 24 meses; Mais de 24 meses.

Tempo de tratamento no serviço de Serviço de Psiquiatria

1 a 6 meses, 7 a 12 meses, 12 a 18 meses-De 18 a 24 meses-Mais de 24 meses

Seguimento de prescrição médica do psiquiatra

-Nunca -Às vezes -Me esqueço -Sempre -Preciso de ajuda para tomar

Adoecimento psíquico x relação com algum momento histórico da sua vida? Sim ou Não

Familiares com sofrimento psíquico ou transtorno de saúde mental?

Sim ou Não.

Aplicou-se análise inferencial em 2 fases:

-**Primeira fase** – análise univariada das variáveis de interesse que apresentaram níveis de significância menores que $p = 0,05$. Essas variáveis são as candidatas para o estudo multivariado.

- **Segunda fase:** para a análise multivariada das variáveis selecionadas na primeira fase, aplicou-se a Regressão Linear Múltipla, tendo como variável dependente a EMP Global. A suposição acerca da normalidade da variável dependente foi comprovada por teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 120 usuários atendidos nos serviços de Psiquiatria e Psicologia da UBS. A idade média foi de 55,9 anos, mínima 18 e máxima 89 anos, com mediana 56,0 anos, e desvio-padrão de 13,0.

4.1 Análise Descritiva

Participaram da pesquisa 120 usuários atendidos nos serviços de Psiquiatria e Psicologia da UBS. A idade média foi de 55,9 anos, mínima 18 e máxima 89 anos, com mediana 56,0 anos, e desvio-padrão de 13,0. No que diz respeito às características sociodemográficas, a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (70%), raça branca (64,2%), casada (37,8%), natural da região Sudeste (57,5%), seguem a religião católica (40,8%), com ensino médio completo (42,5%) e com renda de até 1 salário-mínimo (51,7%) (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis sociodemográficas da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	84	70
Masculino	36	30
Estado Civil		
Casado	45	37,5
Solteiro	32	26,7
Divorciado/separada	26	21,7
Outros*	17	14,1
Raça/Cor		
Branca	77	64,2
Parda	21	17,5
Negra	18	15
Outros*	3	3,4
Naturalidade		
Sudeste	69	57,5
Nordeste	27	22,5
Centro-Oeste	15	12,5
Norte	2	1,7
Sul	4	3,3
Outra nacionalidade	3	2,5
Religião		
Católica	49	40,8
Evangélica	40	33,3
Espírita	19	15,8
Outras* _____	12	9,8
Escolaridade		
Ensino Médio	51	42,5
Ensino Fundamental	31	25,8
Ensino Sup. Completo	14	11,7
Ensino Sup. Incompleto	6	5
Pós Graduação	6	5
Sem Escolaridade	12	10
Renda Familiar no último 30 dias		
Até 1 salário mínimo	62	51,7
1 a 3 salários mínimos	43	35,8
3 a 6 salários mínimos	9	7,5
6 a 9 salários mínimos	6	5
Com quem você vive atualmente		
Cônjuge/companheiro	44	27,3
Com filho(a)	41	25,5
Sozinho(a)	26	16,1
Outros*	50	31,6

Outros* viúvo, união estável/ indígena, amarelo/ candomblé, umbanda, testemunha de jeová/ tios, irmã(ão), avó(ô).

Fonte: A autora (2020). *Significância estatística, com $p \leq 0,05$.

Referente aos aspectos clínicos, a maioria dos participantes da amostra relatou ter sido tratada anteriormente nos serviços de Psicologia e/ou Psiquiatria (88,3%). Sendo que no momento da coleta, 19,2% estavam apenas em acompanhamento pelo serviço de psicologia e 83,3% pelo de psiquiatria. Da amostra (n=120), 74,2% já tiveram algum episódio de internação psiquiátrica e 89,2% estavam sob o uso de alguma medicação psicotrópica, sendo que desses, 5,9% dos usuários portavam receitas de psicotrópicos que não haviam sido prescritas por psiquiatras. Tratavam-se no serviço de psiquiatria da UBS 88,3%, desses, 82,5% usuários não se sentiam preparados para a alta médica.

Do total da amostra (n=120), 90,2% do adoecimento psíquico mostraram ter relação com acontecimentos ao longo da sua vida e 70% tiveram ou tinham à ocasião familiares em sofrimento psíquico/transtorno mental. Em relação ao tempo de permanência em tratamento psiquiátrico, 58,3% dos participantes do estudo estavam em tratamento há mais de 24 meses (Tabela 4.2).

Tabela 4.2 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis clínicas da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)

Variáveis	Frequência (%)
Tratamentos Psq/Psic anteriores	
Sim	106 (88,30%)
Não	14 (11,70%)
Internação Psiquiátrica	
Sim	31 (25,80%)
Não	89 (74,20%)
Passa na Psiquiatria desta UBS	
Sim	100 (83,30%)
Não	20 (16,70%)
Passa na Psicologia desta UBS	
Sim	23 (19,20%)
Não	97 (80,80%)
Uso de psicotrópicos	
Sim	107 (89,20%)
Não	13 (10,80%)
Tratada/preparada (o) para a alta Psiquiátrica	
Não	99 (82,50%)
Talvez	5 (4,20%)
Não se aplica	16 (13,30%)
Tempo de tratamento na Psicologia	
1 a 12 meses	7 (5,80%)
12 a 24 meses	9 (7,50%)
+ de 24 meses	11 (9,20%)
Não se aplica	93 (77,50%)
Tempo de tratamento na Psiquiatria	
1 a 18 meses	8 (6,70%)
18 a 24 meses	25 (20,80%)
+ de 24 meses	70 (58,30%)
Não se aplica	17 (14,20%)
Informar o diagnóstico	
Sim	76 (63,30%)
Não	26 (21,70%)
Não se aplica	18 (15,00%)
Segue prescrição psiquiátrica	
Às vezes	8 (6,90%)
Me esqueço	7 (6,00%)
Sempre	86 (74,10%)
Não se aplica	15 (12,90%)
Adoecimento com história de vida	
Sim	109 (90,80%)
Não	11 (9,20%)
Familiares com sofrimento psíquico mental	
Sim	84 (70,00%)
Não	36 (30,00%)

Fonte: A autora (2020).

Em relação às variáveis/fatores da EMP com maiores percentuais para as mudanças percebidas durante o tratamento em saúde mental, destacam-se as variáveis da subescala Aspectos psicológicos/sono e da subescala Relacionamento/ estabilidade emocional. Dentro da subescala Aspectos Psicológico/sono, a variável sono não apresentou qualquer mudança, e na Subescala Física não houve mudança na variável satisfação sexual (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 - Frequências absolutas (n) e relativas (%) das subescalas Saúde Física, Aspectos Psicológicos/Sono e Relacionamentos/Estabilidade Emocional. São Paulo, 2020 (n=120)

Variáveis / Fatores	Pior		Sem mudanças		Melhor	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Problemas Pessoas	23	(19,20%)	38	(31,70%)	59	(49,20%)
Humor	25	(31,79%)	42	(35,00%)	53	(44,20%)
Estabilidade das suas emoções:	30	(49,20%)	38	(31,70%)	52	(43,30%)
Confiança em si mesmo	20	(16,70%)	36	(30,00%)	64	(53,30%)
Interesse pela vida	19	(15,80%)	27	(22,50%)	74	(61,70%)
Capacidade de suportar situações difíceis	30	(25,00%)	33	(27,50%)	57	(47,50%)
Convivência com família	22	(18,30%)	39	(32,50%)	59	(49,20%)
Como está desde o início do tratamento	4	(3,30%)	38	(31,70%)	78	(65,00%)
Sono	28	(23,50%)	47	(39,50%)	44	(37,00%)
Convivência com amigos	12	(10,00%)	52	(46,00%)	56	(46,70%)
Satisfação Sexual	27	(22,50%)	74	(61,70%)	19	(15,80%)
Lazer	19	(16,00%)	60	(50,40%)	40	(33,60%)
Tarefas de casa	14	(11,70%)	57	(47,50%)	52	(43,30%)
Cumprir obrigações	13	(10,80%)	55	(45,80%)	52	(43,30%)
Apetite	19	(15,80%)	56	(46,70%)	45	(37,50%)
Energia	29	(24,20%)	49	(40,80%)	42	(35,00%)
Saude Fisica	26	(21,70%)	59	(49,20%)	35	(29,20%)

Fonte: A autora (2020).

Observa-se na tabela 4.4 que, durante o tratamento na UBS, as médias global e dos escores das subescalas da EMP estão mais próximas de 2 e um pouco acima. Nos âmbitos da subescala Psicológico/Sono (2,29) e Relacionamentos e Estabilidade emocional (2,32), mostra-se que as mudanças percebidas apresentaram tendência no sentido de percepção de melhora por ter como referência a EMP global $\geq 2,25$. Observa-se, também que na subescala a Atividade e Saúde Física a média foi abaixo (2,19) da média global (2,25).

Tabela 4.4 - Análise descritiva dos fatores da EMP para o total da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)

	Global	Atividade e saúde física	Aspectos Psicológicos e Sono /Aspecto Emocional	Relacionamentos e Estabilidade emocional
Média	2,25	2,19	2,29	2,32
Mediana	2,28	2,13	2,33	2,25
Mínimo	1,06	1	1	1
Máximo	3	3	3	3
Dv-padrão	0,43	0,44	0,57	0,51

*Significância estatística, com $p \leq 0,05$

Fonte: A autora (2020).

4.2 Análise Univariada para a EMP Global

No modelo univariado, de acordo com a tabela 4.5, observa-se que em relação ao menor número de filhos, houve correlação positiva com a mudança percebida ($p=0,021$), indicando que a menor quantidade de filhos interfere na percepção do usuário em relação às mudanças percebidas quanto ao seu tratamento. Ter menos filhos justifica 21% da mudança percebida. Quanto à pessoa com quem está vivendo atualmente, houve correlação positiva ($p=0,042$). Dependendo da pessoa com quem vive (outros), justifica-se com 42% da mudança percebida quanto ao seu tratamento.

Tabela 4.5 - Análise univariada das variáveis sociodemográficas postas em correlação com a EMP. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)

Variável	média (DP) ou (%)	Valor	(p)
Sexo			
masculino	2,31 (0,43)	1,033	0,304
feminino	2,23 (0,44)		
Idade		0,055	0,553
Estado Civil			
casado	2,16 (0,46)	1,690	0,173
viuvo	2,28 (0,40)		
solteiro	2,38 (0,37)		
separado	2,25 (0,45)		
Raça			
negra	2,16 (0,51)	1,407	0,244
branca	2,30 (0,41)		
parda	2,22 (0,39)		
amarelo/indio	1,92 (0,44)		
Escolaridade			
Ens. Fund	2,18 (0,51)	0,871	0,503
Ens.Médio	2,27 ((0,36)		
Ens.Sup.Comp.	2,32 (0,44)		
Ens.Sup.Inc.	2,28 (0,41)		
Pós	2,49 (0,35)		
Sem escolarid.	2,12 (0,49)		
Nº de filhos		-0,210	0,021*
Renda Familiar			
Até 1	2,21 (0,46)	0,869	0,460
1 a 3	2,27 (0,40)		
3 a 6	2,30 (0,39)		
6 a 9	2,49 (0,27)		
Com quem você			
Sozinho	2,21 (0,39)	2,489	(1)x(2)x(3)x(4) p=0,475
Conjuge	2,15 (0,47)		(1)x(3)x(4)x(5) p=0,061
Com filho	2,18 (0,47)		(2)x(5) p=0,042*
Pai/mãe	2,33 (0,39)		
Outro	2,44 (0,39)		

*Significância estatística, com $p \leq 0,05$

Fonte: A autora (2020).

Na tabela 4.6, pode-se identificar que usuários que não realizaram tratamentos psiquiátricos anteriores apresentaram mais percepção de mudança (2,49). Os usuários que realizaram tratamentos psiquiátricos e/ ou psicológicos anteriores têm menos percepção de mudança (2,22). Os usuários que não passam por tratamento psiquiátrico na UBS (0,250) apresentam com mais frequência melhor percepção de mudança do que àqueles que o passam (2,20), $p = 0,004$. Os que passam atualmente no serviço de psicologia (2,46) têm mais percepção de mudança para melhor (2,20), $p = 0,001$.

Pode-se observar, também que, em relação ao uso de psicotrópicos, os usuários que responderam que não fazem uso desses fármacos (2,50), a percepção de mudança foi melhor do que àqueles que o fazem (2,22), $p = 0,029$. Os usuários que não se sentiram tratados/preparados para a alta do serviço da psiquiatria tiveram pouca percepção de mudança (2,49) comparado com àqueles em tratamento de psicologia, que corresponde ao não se aplica por estarem na psicologia, portanto, com mais percepção de mudança para melhor (2,20).

Quanto a ter familiares com sofrimento psíquico ou transtorno mental àqueles que não têm (2,45) apresentaram mais percepção de mudança para melhor $p = 0,001$.

Tabela 4.6 – Análise univariada das variáveis clínicas com a Escala Global da EMP. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)

Variável	média (DP)	Valor	(p)
Tratamentos Psq/Psic anteriores			
Sim	2,22 (0,43)	-2,273	0,025*
Não	2,49 (0,35)		
Internação Psiquiátrica			
Sim	2,18 (0,40)	-1,119	0,265
Não	2,28 (0,44)		
Passa na Psiquiatria desta UBS			
Sim	2,20 (0,43)	-2,966	0,004*
Não	2,50 (0,33)		
Uso de Psicotrpicos			
Sim	2,22 (0,43)	-2,211	0,029*
Não	2,50 (0,33)		
Tratada/preparada (o) para a alta Psiquiátrica			
Não	2,20 (0,44)	4,226	(2)x(3) p=0,291
Talvez	2,49 (0,28)		(2)x(4) p=0,028*
Não se aplica	2,49 (0,30)		(3)x(4) p=1,000
Tempo no Serviço de Psiquiatria			
1 a 18 meses	2,16 (0,43)	2,431	0,069
18 a 24 meses	2,31 (0,42)		
mais de 24 meses	2,19 (0,44)		
Não se aplica	2,47 (0,30)		
Informar o diagnóstico Psiquiátrico			
Sim	2,19 (0,45)	2,841	0,062
Não	2,29 (0,39)		
Não se aplica	2,45 (0,31)		
Segue a prescrição psiquiátrica			
Às vezes	1,97 (0,47)	3,073	(1')x(2)x(3) p=0,230
Me esqueço	2,20 (0,45)		(1)x(4) p=0,028*
Sempre	2,25 (0,42)		(2)x(4) p=0,381
Não se aplica	2,50 (0,31)		(3)x(4) p=0,125
Transtorno relacionado a história de vida			
Sim	2,24 (0,43)	-0,827	0,410
Não	2,35 (0,45)		
Familiares com sofrimento			
Sim	2,17 (0,41)	-3,424	0,001*
Não	2,45 (0,40)		

*Significância estatística, com $p \leq 0,05$

Fonte: A autora (2020).

4.3 Análise Multivariada para a EMP Global

Foram incluídas as variáveis: número de filhos; com quem vivem atualmente; terem realizado tratamentos psiquiátricos e/ou psicológicos anteriores; passam atualmente na psiquiatria da UBS; passam atualmente na psicologia da UBS; fazem uso de psicotrópicos; sentem-se tratados/preparados para alta do serviço de psiquiatria; seguem a prescrição médica do psiquiatra; têm familiares, também com sofrimento psiquiátrico ou transtorno em saúde mental (considerou-se significante valores de p menor ou igual a 0,05).

Pode-se observar na tabela 4.7 que, em relação ao valor da EMP Global, as variáveis vivem com outra pessoa (0,197) têm maior mudança percebida e as pessoas vivem com o Cônjuge (-0,146) têm menor EMP Global, não se consideram preparados para a alta do serviço de psiquiatria (-0,231) têm menor percepção de mudança, às vezes seguem a prescrição médica (-0,166) têm menor percepção de mudança, têm familiares com sofrimento psíquico ou transtorno mental (-0,293) têm menor valor de percepção de mudança.

Tabela 4.7 - Parâmetros da regressão linear múltipla entre a EMP e as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)

	Coeficiente padronizado	estatística do teste t	Sig. (p)
	Beta		
(Constante)		25,684	0
Viver com cônjuge	-0,146	-1,767	0,08
Viver com outros	0,197	2,374	0,019
Preparado para alta	-0,231	-2,826	0,006
Segue prescrição	-0,166	-2,017	0,046
Familiares com transtornos/sofrimento	-0,293	-3,578	0,001

*Irmãos/ãs, tios, avós *Significância estatística, com $p \leq 0,05$.

Fonte: A autora (2020).

Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, como o valor de $p = 0,200$ é maior que $0,05$, a distribuição de normalidade mostrou que há pouca mudança percebida em relação aos processos de tratamentos ($r^2 = 0,212$), ou seja, $21,2\%$ dos entrevistados apresentaram mudança percebida, mesmo tendo a subescala Aspectos Psicológicos/Sono e a subescala Relacionamentos e Estabilidade Emocional com percentuais de melhor percepção de mudança (Tabela 4.8).

Tabela 4.8 - Regressão Linear Múltipla pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Brasil (São Paulo), 2020 (n=120)

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.(p)
EMP	0,059	120	0,2

Fonte: A autora (2020).

4.4 Apresentação da Cartilha

Com base nos resultados obtidos, estruturou-se uma cartilha educacional para ajudar os pacientes/usuários a expandir a percepção sobre si mesmo e abraçar as ofertas de cuidados ofertada pela Rede de Atenção Psicossocial, em especial, as UBS, campo de pesquisa (Apêndice B).

A 1.^a lâmina corresponde ao título da cartilha e destaca que as mudanças podem ser percebidas pelos pacientes/usuários durante o tratamento em saúde mental na Unidade Básica de Saúde.

A 2.^a lâmina diz respeito à orientação de uso; a licença, por sua vez, permite aos leitores copiar e distribuir o material em qualquer meio ou formato, sob condição de atribuir crédito ao autor original.

A 3.^a lâmina se refere à apresentação ao leitor da cartilha, para que os mesmos tenham compreensão e iniciem a leitura do material conscientes de sua finalidade.

A 4.^a lâmina orienta pacientes/usuários a ter um momento de autopercepção, questionamento e reconhecimento de si próprio.

A 5.^a lâmina é dirigida ao serviço da APS e às possíveis formas de cuidados de acordo com o equipamento de saúde e a portaria que a regulamenta, além de buscar entendimentos das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e desmistificar o lugar de “louco” em relação ao estado de adoecimento psíquico como se os indivíduos acometidos de tais transtornos fossem considerados incapazes.

A 6.^a lâmina convém convidar o leitor a pausar e tentar ao máximo se tornar protagonistas da sua dor mediante a figura – camaleão - que simboliza mudança, flexibilidade, capacidade de adaptação e evolução. Sendo sugerido que cada um dos pacientes/usuários possa chorar, sentir, falar, escutar, mudar e se perceber.

A 7.^a lâmina diz respeito à ação de direcionar e expor os possíveis sentimentos e ideias que perpassam a subjetividade, na identificação da condição em que se encontram em consonância com a EMP, uma vez que se trata de fazer elaboração (pensar na) da dor psíquica e transformar em palavras a dor sentida.

A 8.^a lâmina se adequa ao detalhamento de conceitos que pode ser mais denso para àqueles que têm pouco conhecimento referente ao estado mental, sendo-lhes apresentado de forma minuciosa, em texto acessível, com a semântica de alguns transtornos que mais aparecem na base da saúde mental dentro das UBS e suas possíveis reações.

A 9.^a lâmina expõe conceitos de medo, ansiedade excessiva e inquietação.

A 10.^a lâmina apresenta algumas possíveis reações tanto comportamentais quanto psíquicas pelos pacientes/usuários durante o tratamento psicológico/psiquiátrico.

A 11.^a lâmina se trata de convite aos pacientes/usuários para sinalizarem como se percebem diante de algumas relações sociais e de como se encontram fisicamente e psicologicamente a fim de poderem interagir com a tabela ao marcar como se percebem e como gostariam de se perceber.

Espera-se que a cartilha sirva como um recurso para àqueles que transitam em UBS, possibilitando aos mesmos que se apropriem, usem, conversem sobre os conteúdos, melhorem seus conhecimentos, dentre outros aspectos. Salienta-se que a cartilha não passou por validação de conteúdo e/ou mesmo estatística.

5 DISCUSSÃO

Características Sociodemográficas e Clínicas

O perfil sociodemográfico e clínico dos usuários atendidos na UBS Dona Mariquinha Sciascia, cenário desta pesquisa, quando comparado aos estudos de Bandeira et al. (2011) sobre mudanças percebidas no tratamento com usuários atendidos por, pelo menos, um ano em um Centro de Atenção Psicossocial, um Núcleo e um Ambulatório Saúde Mental do Estado de Minas Gerais e ao estudo de Tarifa (2014) em Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas revelou que 70% dos usuários inseridos em tratamento no serviço de psiquiatria e/ou psicologia da UBS são do sexo feminino, com idade média de 55,9 anos, faixa etária entre 18 a 89 anos, renda individual mensal de 1 a 2 salários-mínimos (80%) e com ensino médio completo (42,5%).

No estudo de Bandeira et al. (2011), 66% eram do sexo feminino, com idade média de 42,12 anos, faixa etária entre 18 e 74 anos, com média de escolaridade de 6 anos (ensino fundamental), 1 renda salário-mínimo (51,7%) nos três cenários, e no de Tarifa (2014) eram do sexo masculino (78,1%), idade média de 45 anos, renda de até 2 salários-mínimos e com ensino médio completo em 32,5 %. Embora a referida UBS, local da realização da presente pesquisa, esteja localizada em um bairro considerado “nobre”, 42,5% dos usuários apresentaram, ensino médio completo, nível de instrução escolar maior aos encontrados nos estudos citados, e 25,8% dos usuários com ensino fundamental, possivelmente, são àqueles que residem em comunidades próximas à UBS, consideradas desfavorecidas socioeconomicamente.

Nesse sentido, pode-se verificar que, embora haja proximidade em termos de renda financeira (questões econômicas) e escolaridade (anos de estudo) da população atendida nos serviços de psicologia e/ou psiquiatria da UBS D. Mariquinha Sciascia, os usuários estão no mesmo patamar em termos de percepção de mudança. Estudo mostrou que pessoas com nível de escolaridade médio ou superior tendem a avaliar negativamente o seu estado

de saúde, entretanto, na presente pesquisa essa perspectiva é válida apenas parcialmente, pois quanto maior o nível de instrução mais condições a pessoa tem para elaborar e perceber aspectos de seu sofrimento psíquico e de suas melhoras (Paiva et al., 2015).

Em relação aos usuários da presente pesquisa, 88,3% realizaram tratamentos psiquiátricos e/ou psicológicos anteriores, 25,8% tiveram episódio de internação psiquiátrica e possuíam um histórico de adoecimento com média de tempo acima de 24 meses, achados que justificam o fato de 58,3% estarem inseridos em tratamento, comparado ao estudo de Bandeira et al. (2011) que obteve média de tempo em tratamento de, pelo menos, 12,71 anos e de internações de 47,7%. Ambos os estudos retratam um histórico de adoecimento de longa data, realidade que pode ser encontrada na prática clínica de muitos serviços de saúde mental, mostrando uma perspectiva de cronicidade e de pouca melhora. Nesse sentido, 82,5% dos participantes da presente pesquisa relataram não se sentirem preparados para a alta médica psiquiátrica.

Considerando que a UBS tem por objetivos ofertar um cuidado pautado em ações de saúde individuais, familiares e coletivas, na perspectiva de promoção e prevenção em saúde (Campos et al., 2017), esta deve assumir o compromisso e a responsabilidade de investir em propostas e programas que melhorem a percepção de seus usuários sobre as mudanças que esses alcançam no tratamento, mostrando que somente dessa forma poderá ajudá-los a se tornarem mais protagonistas de seu processo saúde-doença. Desse modo, deve evitar a condução de ações meramente prescritivas que podem levar a padrões de repetição por parte de profissionais de saúde na oferta das mesmas ações tanto quanto dos usuários que podem permanecer na expectativa de serem sempre conduzidos.

Destacam-se no presente que 83,3% da clientela atendida na UBS passa em atendimento psiquiátrico, comparado a outras especialidades/serviços: Ginecologia (13,1%), Clínica Médica (18,6%), Odontologia (11,5%), 4,2%, Nutrição (27,6%), Farmácia (12,5%), Enfermagem - curativos, pré-consultas e exames (11,2%), Psicologia 19,2%. A Política Nacional de Atenção

Básica e a Política Nacional de Saúde Mental trabalham na perspectiva de fornecer um cuidado integral e inclusão em ações dentro da saúde mental nesse campo de atuação. Entretanto, essas devem ser conduzidas por diferentes áreas de conhecimento, tais como na lógica da medicalização e da patologização do sofrimento psíquico e não apenas na especialidade psiquiátrica (83,3%). Chama atenção essa centralidade para as consultas psiquiátricas com o desconhecimento sobre o diagnóstico de sua doença, uma vez que 63,3% informaram conhecer o próprio diagnóstico, porém, esses não correspondiam ao descrito em prontuário. No estudo de Tarifa (2014), também foi identificado que um quarto dos usuários não sabiam informar a modalidade de seu tratamento, mesmo tendo o Projeto Terapêutico Singular como pactuação entre o serviço e os usuários.

Não se sentir tratado/preparado para a alta do serviço psiquiátrico (82,5%) imprime um movimento de centralidade nessa especialidade e de não trânsito por outras áreas de cuidados da UBS. Destaca-se que 76,8% dos usuários não participavam de atividades de grupo e intervenção educacional. Considerando as orientações sobre a inserção de ações de saúde mental na atenção básica feitas pela Organização Mundial de Saúde (Greenhalgh, 2009), os problemas físicos, mentais e psicossomáticos devem ser abordados em conjunto por uma equipe de profissionais, independentemente de os médicos psiquiatras manejarem satisfatoriamente os transtornos mentais (Wenceslau; Ortega, 2015).

Depara-se com um paradoxo nessa pesquisa, quando os usuários foram questionados sobre sua melhora, pois (65,0%) afirmaram estar melhor. Questiona-se, desse modo, se os usuários majoritariamente inseridos no serviço de psiquiatria estão construindo sua percepção de mudança que não confere com a realidade, uma vez que continuam “presos” e negam a possibilidade de alta psiquiátrica (82,5%)? Lança-se aqui um questionamento: Não conseguem julgar com clareza sua condição clínica?

Outro achado da presente pesquisa diz respeito ao fato de os usuários inseridos nos serviços de psicologia e/ou psiquiatria identificarem melhor seus problemas pessoais (49,2%), terem confiança em si mesmo (53,3%) e

interesse pela vida (61,7%). Entretanto, na prática clínica da pesquisadora, a lógica da medicalização permanece para conferir suporte às angústias.

Mesmo diante da percepção de melhora apresentada pelos usuários no presente estudo, a literatura aponta que o paciente psiquiátrico é menos propenso a receber cuidado em saúde mental em UBS, por não reconhecer esse campo como cenário para dar conta das suas necessidades de saúde nesse processo de espera e, em especial, pelo fato de os profissionais de saúde não acreditarem que podem contribuir para que esses pacientes se tornem protagonistas do seu sofrimento e possam se perceber (Prado et al., 2015).

Ademais, pessoas com transtorno mental frequentemente são atendidas nos serviços de emergência, onde recebem intervenções mais focadas no apaziguamento da sintomatologia psicopatológica (Zolnierek, 2009), posto que nesses espaços os profissionais, também apresentam dificuldade no manejo da crise psíquica (Prado et al., 2015).

Portanto, prestar cuidados em algumas circunstâncias se torna mais complexo para os profissionais que atuam nos espaços de especialidade, bem como para os que atuam na APS, uma vez que o contato com o dito “louco” é mais inesperado (Prado et al., 2015). Todavia, é condição *sinequanon* a qualificação da equipe de saúde da APS para que esta não minimize o sofrimento psíquico do usuário, e sim o reconheça como um indivíduo que está necessitando de cuidados e consiga lidar com as demandas subjetivas que este apresenta, mesmo não sendo especialistas.

Mensurar a mudança percebida ajuda a avaliar as ações que compõem a assistência em saúde mental da UBS em questão, além de identificar as condições clínicas dos usuários. Os usuários apresentam percepção de mudança quanto aos Aspectos Psicológico/Sono, Relacionamentos/Estabilidade Emocional de modo diferente dos Aspectos Atividades e Saúde Física. Mesmo que na UBS sejam ofertadas atividades de caminhada, que promovem melhora de condições crônicas como diabetes, hipertensão e trazem bem-estar físico, interroga-se se esses usuários estão se valendo dessas propostas de intervenção.

Destaca-se, como achado do estudo, que para os usuários que têm familiares em sofrimento psíquico ou com transtorno mental, a percepção de mudança foi menor ($p=0,001$), pois quando a dor de um membro se percebe na dor do outro, triunfa a fragilidade e a incapacidade de perceber o próprio adoecimento e fazer devolutiva quanto à percepção de melhora. Além de que quando todos os membros estão adoecidos é mais difícil para os profissionais da equipe de saúde mental dar conta do cuidado, uma vez que não tem alguém que possa dar contingência em termos de propostas terapêuticas. Por isso, é importante ampliar a atenção em saúde mental para o funcionamento do contexto familiar, na perspectiva de que a relação de cuidado se amplie e traga possibilidades de apoio no núcleo, que se disponham a construir e servir até mesmo como parâmetro de percepção.

Outro achado importante diz respeito à melhor percepção de mudança pelos usuários que não fazem uso de psicotrópicos comparado àqueles que o fazem. A elaboração das próprias emoções, seja em um contexto clínico, seja em outro é fundamental para o processo de desenvolvimento da saúde como um todo, desse modo, a medicalização impede que a pessoa avance com sua própria subjetividade. Por ser uma intervenção mais imediata, embora com potencial para controlar situações de crise, que pode colocar em risco a integridade física da pessoa e de outros, a medicalização ofusca outras abordagens de cuidados (Prado et al., 2017).

Observou-se, também que o nível de escolaridade não impacta na mudança percebida, embora a maioria dos participantes tenha ensino médio completo, porém, de acordo com Bandeira et al. (2011) pessoas com menor escolaridade podem não identificar mudanças percebidas e avaliar mal os serviços de saúde. Posto isso, considera-se que, mesmo sendo importante o nível educacional para que o usuário possa compreender determinadas orientações, tal condição independe da expressão da dor psíquica que é singular e traz representação do seu sofrimento.

A melhor percepção de mudança para os usuários que vivem com os seus, têm menor número de filhos e utilizam apenas o serviço de psicologia da UBS é um destaque nesse estudo. A psicologia, enquanto serviço, tem um

lugar essencial dentro da equipe multidisciplinar, uma vez que constrói, escuta, possibilita momentos de subjetivação, provoca a percepção da equipe, família e usuários, funciona como um potencial transversalizador das práticas sociais e de saúde e atua na forma de desinstitucionalizar a loucura, viabilizando a reintegração e a ressocialização dos usuários por meio do cuidado contínuo (Cantele et al., 2012).

Um dado, também interessante do presente estudo diz respeito ao fato de os usuários que algumas vezes seguem (média de 1,97) e os não se aplicam a seguir (média de 2,50) a prescrição médica terem apresentado maior percepção de mudança no tratamento, comparado aos que fazem uso de psicotrópicos com menor percepção de mudança (média de 2,25). De acordo com estudo de Tarifa (2014), usuários que se tratam em serviços que oferecem basicamente tratamento medicamentoso parecem perceber maior mudança em relação aos problemas pessoais, humor e sono. Entretanto, Lima (2013) destaca que o uso de psicotrópicos interfere na percepção de mudança em relação ao tratamento. Desse modo, são necessários mais estudos sobre as mudanças percebidas em decorrência da condição psíquica dos pacientes/usuários e o uso da medicação.

Em relação à subescala Atividades e Saúde Física, os pacientes/usuários não referiram mudanças nem para pior nem para melhor nos seguintes itens: apetite, energia, saúde física, capacidade de cumprir obrigações, tarefas de casa, atividade de lazer e satisfação sexual. Esses achados permitem inferir que o uso de psicotrópico traz prejuízos significativos em decorrência dos efeitos colaterais e pode comprometer a percepção de mudança no tratamento sendo necessário, repensar as estratégias de cuidado.

Ter menos filhos e conviver com outras pessoas contribuíram para a melhor percepção de mudanças no tratamento. De acordo com Tarifa (2014), a situação conjugal contribui para menos percepção de mudança em relação ao tratamento, portanto, viver com outras pessoas e/ou sem companheiro ajuda a melhorar a percepção de mudança no tratamento. Dessa forma, estudos sobre as relações sociais da família são importantes como referências no cuidado em saúde mental (Cavalheri, 2010).

Ao avaliar as mudanças percebidas, foi possível entender fatores que podem, até mesmo impactar nas expectativas dos pacientes/usuários da UBS Dona Mariquinha Sciascia em relação ao seu próprio tratamento. Entende-se, também, a relevância da necessidade de produzir dados que ajudem os pacientes/usuários e suas famílias a entenderem o tratamento não apenas com uma meta a ser seguida, em termos de melhora ou piora, mas como corresponsabilizadores de um processo longo. Ademais, para que os pacientes/usuários, suas famílias e profissionais de saúde possam entender que a melhora clínica não se circunscreve ao tratamento medicamentoso.

Partindo para a finalização, questiona-se sobre o investimento psíquico/ subjetivo que os pacientes/usuários devem fazer para se perceberem melhor e como constroem e estabelecem sua relação com o tratamento. A responsabilidade sobre as mudanças e melhoras enfoca apenas o uso do psicotrópico? Ao refletir sobre a dinâmica de tratamento do serviço de Psiquiatria, o qual enfoca a medicação e clínica da psicopatologia e o de Psicologia em que se produz pouco empoderamento e reflexão sobre o uso de medicamentos, chega-se à questão de que esse modo de cuidado dificulta o processo para que os pacientes/usuários mudem a percepção sobre si mesmos e em face do tratamento, ou seja, sair da condição de reféns de medicação.

6 CONCLUSÃO

Respondendo aos objetivos gerais e específicos desta pesquisa, verificou-se que os participantes:

I. Eram predominantemente do sexo feminino, com idade média de 55.9 anos (18 e 89 anos), raça branca, casada, com ensino médio completo, com ganho financeiro de até 1 salário-mínimo.

II. Em sua maioria já realizaram tratamentos psiquiátricos e/ ou psicológicos, não passaram por internação psiquiátrica, faziam uso de psicotrópico e, ainda frequentavam o serviço de Psiquiatria há pelo menos 24 meses da UBS D. Mariquinha Sciascia.

III. Em sua maioria, não se consideravam preparados para a alta psiquiátrica, chegaram ao serviço de psiquiatria e de psicologia oriundos de encaminhamentos da própria UBS D. Mariquinha Sciascia.

IV. A análise univariada apresentou correlação estatisticamente significativa e positiva para os usuários que viviam com os cônjuges e os que viviam com outras pessoas quanto à melhor percepção de mudança em relação ao tratamento, da mesma forma em relação aos usuários que não tiveram tratamento psiquiátrico e psicológico prévios.

V. A análise univariada apresentou correlação estatisticamente significativa e positiva para os usuários que não estavam em tratamento psiquiátrico na UBS e para aqueles que estiveram no tratamento psicológico com a melhor percepção de mudanças em relação ao seu tratamento, da mesma forma para os usuários que não faziam uso de psicotrópico.

VI. À análise univariada apresentou correlação estatisticamente significativa e positiva para os usuários que não estavam em tratamento psiquiátrico com melhor percepção de mudança, da mesma forma para os usuários que não seguem e usuários que às vezes seguem a prescrição médica em relação aos que não usavam medicação psicotrópica, da mesma forma para os usuários que não tinham.

VII. Familiares em sofrimento psíquico/transtorno mental com melhor percepção de mudança.

VIII. A análise multivariada apresentou correlação estatisticamente significativa e positiva quanto a melhor mudança percebida (EMP Global) para os usuários que viviam com outro.

IX. A análise multivariada apresentou correlação estatisticamente significativa e positiva quanto à pior mudança percebida (EMP Global) para os usuários que viviam com o cônjuge, não se consideraram preparados para alta do serviço de psiquiatria, às vezes seguiam a prescrição médica e para aqueles que tinham familiares com sofrimento psíquico ou transtorno mental.

X. Os usuários apresentaram mudanças percebidas em relação aos processos de tratamentos, independentemente dos resultados das variáveis da subescala.

XI. É necessário que haja mais investimento dos serviços psiquiátricos e psicológicos da UBS, campo de pesquisa, com vistas a ajudar os usuários a saírem do lugar de passividade e adoecimento e conseguirem perceber suas próprias mudanças.

XII. Para tal, é urgente que as ações de saúde mental ofertadas na Atenção Primária à Saúde, complexo campo do conhecimento de atuação multidisciplinar, caminhem para além da lógica da medicalização e da patologização do sofrimento psíquico e transformem esses lócus em espaços de discurso que permitam aos usuários se tornarem livres de si mesmos.

XIII. Atendendo ao objetivo de estruturar um folheto educacional para que os usuários possam identificar mudanças percebidas durante o tratamento em Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde, o mesmo será compartilhado junto a esses indivíduos em documento posteriormente submetido à validação de conteúdo.

REFERÊNCIAS³

Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. *Rev Psicol Saúde*. 2013 dez;5(2):71-80.

Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 maio;21(5):1499-510. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.

Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L. Avaliação dos serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(2):107-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200007>.

Bandeira MB, Andrade MCR, Costa CS, Silva MA. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicol: Reflex Crít*. 2011;24(2):236-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200004>.

Barreto LA. Importância da percepção do paciente sobre diagnóstico e terapêutica da doença. *Rev Neurociênc*. 2011;19(2):194-5. doi: <https://doi.org/10.34024/rnc.2011.v19.8369>.

Berkeley G. *Obras filosóficas*. Conte J, tradutor. São Paulo: Editora UNESP; 2010.

Brasil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Brasília* (2001 abr. 9).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília* (2011 out. 22).

³ De acordo com Estilo Vancouver.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Caderno HumanizaSUS; vol. 5).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Campos GWD, Gutiérrez AC, Gerrero AVP, Cunha GT, organizadores. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família; [121-42].

Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. 2a ed. rev. aument. São Paulo: Hicitec; 2017.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004 set;9(3):745-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300025>.

Cantele J, Arpini DM, Roso A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. Psicol Ciênc Prof. 2012;32(4):910-25. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400011>.

Capitão CG, Scortegagna SA, Baptista MN. A importância da avaliação psicológica na saúde. Aval Psicol. 2005 jun;4(1):75-82.

Catani J. Sofrimentos psíquicos: as lutas científicas da psicanálise e da psiquiatria pela nomeação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Zagodoni; 2015.

Cavalheri SC. Transformações do módulo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev Bras Enferm. 2010 fev;63(1):51-7. doi: 10.1590/S0034-71672010000100009.

Ceccarelli P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. Psicol Estud. 2005 dez;10(3):471-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2001. p. 113-26.

Chauí M. Convite à filosofia. 13a ed. São Paulo: Ática; 2004.

Chaves ME. Estruturas clínicas em psicanálise: um recorte. Reverso. 2018 jul/dez;40(76):55-62.

Curso HV. Funções cognitivas-convergências entre neurociências e epistemologia genética. Educ Realidade. 2009;34(3):225-46.

Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLF, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015 abr/jun;24(2):197-206.

Drummond BLC, Radicchi ALA, Gontijo ECD. Fatores sociais associados a transtornos mentais com situações de risco na Atenção Primária de Saúde. Rev Bras Epidemiol. 2014;17(Suppl 2):68-80. doi: 10.1590/1809-4503201400060006.

Endo TC. A Saúde mental à margem do SUS: experiências de vastidão e confinamento nas práticas clínicas [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013.

Fernandes MA, Ribeiro HKP, Santos JDM, Monteiro CFS, Costa RS, Soares RFS. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 5):2213-20. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>.

Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. 8a ed. Curitiba: Positivo; 2020.

Fortes I. O sofrimento como travessia: Nietzsche e a psicanálise. Rev EPOS. 2014 jan-jun;5(1):99-111.

Gonçalves HA. Manual de metodologia da pesquisa científica. São Paulo: Avercamp; 2014. Capítulo 4, Pesquisa científica: tipos e modalidades.

- Gorayeb R. Psicologia da saúde no Brasil. *Psic Teor Pesq.* 2010;26(Spec.):115-22. doi: 10.1590/S0102-37722010000500010.
- Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010 jan;15(1):255-68. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.
- Greenhalgh T. WHO/WONCA report - Integrating Mental Health in Primary Care: a global perspective. *London J Prim Care (Abingdon).* 2009;2(1):81-2. doi: 10.1080/17571472.2009.11493254.
- Hasler G, Moergeli H, Bachmann R, Lambrevia E, Buddeberg C, Schnyder U. Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: the role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. *Can J Psychiatry.* 2004 May;49(5):315-21.
- Hirata C. Sistema em Leibniz e Descartes. *Trans/Form/Ação.* 2012;35(1):23-36. doi:10.1590/S0101-31732012000100003.
- Holcomb WR, Parker JC, Leong G, Thiele J, Higdon J. Satisfação do cliente e resultados de tratamento auto-relatados entre pacientes psiquiátricos internados. *Psychiatr Serv.* 1998;49(7):929-34.
- Hunter R, Cameron R. The Scottish Schizophrenia Outcomes Study: a new paradigm for utilizing self-report assessments from patients with schizophrenia. *Eur Psychiatric Review.* 2008;1(2):7-9.
- Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: psicanálise e estrutura da personalidade. p. 653-91. Trabalho original publicado em 1960.
- Lima FC. Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de CAPS-AD: estudo de caso de um município da região sul do Brasil [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
- Lima FDC, Zambrim LCVB, Rodrigues PHB. Sofrimento mental em psicólogos e psiquiatras de Anápolis [monografia]. Anápolis: Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA, Faculdade de Medicina; 2018.

Massuda A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: Campos GWSC, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2008. p. 179-205.

McCabe R, Saidi M, Priebe S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 2007 Aug;50:s21-8. doi: 10.1192/bjp.191.50.s21.

Mercier L, Landry M, Corbiere M, Perreault M. Measuring client's perception as outcome measurement. In: Roberts AR, Yeager KR. Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.

Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Moraes ABA, Rolim GS, Costa Jr. AL. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Rev Bras Ter Comp Cogn.* 2009;11(2):329-45.

Morin E, Nicolescu B, Freitas L. Carta da Transdisciplinaridade. I Congresso Mundial da Transdisciplinaridade; 2-6 nov. 1994; Convento da Arrábica, Portugal. Convento da Arrábica, Portugal: CETRANS; 1994 [citado 23 mar. 2021]. Disponível em: <https://unipazdf.org.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Carta-de-Transdisciplinaridade-1994.pdf>.

Nóbrega MPSS, Fernandes MFT, Silva PF. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017 mar;38(1):e63562. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562>.

Oliveira AO, Mourão-Júnior CA. Estudo teórico sobre percepção na filosofia e nas neurociências. *Rev Neuropsicologia Latinoamericana.* 2013; 5(2):41-53. doi:10.5579/rnl.2012.0083.

Paiva MBP, Mendes W, Brandão AL, Campos CEA. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2015 jul-set;25(3):925-50. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300013>.

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, editores. Clínica médica. 2a ed. ampli. e rev. Barueri: Manole; 2016. Vol. 1, p.171-9.

Prado MAMB, Francisco PMSB, Barros MBA. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. 2017 out-dez;26(4):747-58. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000400007>.

Prado MF, Sá MC, Miranda L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. Saúde Debate. 2015 dez;39(Spe):320-37. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005419>.

Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung--Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis [Subjective evaluation criteria in psychiatric care--methods of assessment for research and general practice]. Psychiatr Prax. 1995 Jul;22(4):140-4.

Santos DSL. Romance e Memória: a memória sincrônica como mecanismo de composição ficcional em Milton Hatoum e Bernardo Carvalho [dissertação]. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2014.

Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa ACA, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2008;24(Supl. 1):S100-S110. doi: [10.1590/S0102-311X2008001300015](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015).

Straub RO. Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: Artmed; 2014.

Tait L, Lester H. Encouraging user involvement in mental health services. Advances Psychiatric Treatment. 2005;11(3):168-75. doi:10.1192/apt.11.3.168.

Tanaka OY, Ribeiro L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 mar-abr;14(2):477-86. doi:10.1590/S1413-81232009000200016.

-
- Tarifa RR. Satisfação e mudanças percebida por usuários dos Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem; 2014.
- Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na Atenção Primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2015 out-dez;19(55):1121-32. doi: 10.1590/1807-57622014.1152.
- WHO - World Health Organization. Relatório mundial de saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: CLIMEPSI; 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.
- Zanardo GLP, Leite LS, Canodá E. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. *Cad Bras Saúde Mental*. 2017;9(24):1-21.
- Zanetti SAS, Höfig JAG. Repensando o Complexo de Édipo e a Formação do Superego na Contemporaneidade. *Psicol, Ciênc Prof*. 2016 jul-set;36(3):696-708. DOI: 10.1590/1982-3703001652014.
- Zolnierek CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009 Aug;65(8):1570-83. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05044.x.

APÊNDICE A - Questionário Sócio Demográfico Clínico

NOME:**Questionário Sócio Demográfico Clínico Questionário**

Nº _____

Sócio Demográfico

1-Sexo:

- 1.1-MASCULINO
- 1.2-FEMININO

2-Idade: ()

3-Estado civil

- 3.1-Casado
- 3.2-Viúva
- 3.3-Solteiro
- 3.4-Divorciado
- 3.5-Outros

4-Raça/Cor

- 4.1-Negra
- 4.2-Branca
- 4.3-Pardos
- 4.4-Amarelo
- 4.5-Indígena

5-Naturalidade:

- 5.1-Nordeste
- 5.2-Norte
- 5.3-Centro-Oeste
- 5.4-Sudeste
- 5.5-Sul

6-Religião:

- 6.1-Católica
- 6.2-Evangelica
- 6.3-Espírita
- 6.4-Candomblé
- 6.5-Testemunha de Jeová
- 6.6- Outro

7-Escolaridade

- 7.1- Ensino Fundamental
- 7.2-Ensino Médio
- 7.3-Ensino Superior
- 7.4-Pos Graduação
- 7.5-Sem Escolaridade

8-Número de filhos ()

9-Renda Familiar no último mês?

- 9.1- Até 1 salários mínimos
- 9.1 -Entre 1 a 3 salários mínimos
- 9.2 - Entre 3 a 6 salários mínimos
- 9.3- Entre 6 a 9 salários mínimos
- 9.4- A cima de 9 salários mínimos

10-Qual principal fonte de renda?

- 10.1- Emprego
- 10.2- Seguro desemprego
- 10.3- Renda do Conjugue
- 10.4- Aposentadoria
- 10.5- Renda familiar
- 10.6-Auxlio doença
- 10.7- Pensionista
- 10.8- LOAS
- 10.9- Não tem renda
- 10.9.1-Outro _____

11-Com quem você vive atualmente?

- 11.1- Sozinho(a)
- 11.2- Conjugue/companheiro
- 11.3- Com filho(a)
- 11.4- Pais
- 11.5- Avós
- 11.6- Tios
- 11.7- Outro_____

Dados clínicos

12- Já realizou tratamentos Psiquiátricos e Psicológicos anteriores a UBS?

- 12.1- Sim
- 12.2-Não

13- -Já teve episódio de Internação Psiquiátrica?

- 13.1-Sim
- 13.2-Não

14- Faz uso de psicotrópicos?

- 14.1-Sim
- 14.2-Não

15- Você considera a frequência de retornos nas Consultas com o Psicólogo suficiente?

- 15.1-Sim
- 15.2-Não
- 15.3- Acredita na conduta do profissional.

16- Você considera a frequência de retornos nas Consultas com o Psiquiatra suficiente?

- 16-1 Sim
- 16-2 Não
- 16-3-Acredita na conduta do médico.

17-Você realizou atendimento, atualmente, com algumas dessas especialidades nos últimos 6 meses?

- 17.1-Ginecologia
- 17.2-Clínica Médica
- 17.3-Odontologia
- 17.4- Nutrição
- 17.5- Farmácia
- 17.6- Enfermagem
- 17.7- Serviço de USG
- 17.8- Curativo, Pré- consultas
- Outros _____

18-Admissão no serviço de Psicologia?

- 18.1-6 meses
- 18.2-12 meses
- 18.3-24 meses
- 18.4- 36 meses ou mais
- Outros...

19-Admissão no serviço de Psiquiatria?

- 19.1-6 meses
- 19.2-12 meses
- 19.3-24 meses
- 19.4- 36 meses ou mais
- Outros...

20-Considera seguro para a sua alta do serviço da Psicologia?

- 20.1-Sim
- 20.2-Não
- 20.3-Talvez

21-Considera seguro para a sua alta do serviço da Psiquiatria?

- 20.1-Sim
- 20.2-Não
- 20.3-Talvez

22-Quem encaminhou para o tratamento em Psicologia na UBS?

- 22.1-Clinico
- 22.2-Enfermagem
- 22.3-Psiquiatria
- 22.4-Odontologia
- 22.5-S. Social
- 22.6-Outros _____

23- Como chegou no tratamento de Saúde Mental nesta UBS?

- 23.1-CAPS
- 23.2-URSI
- 23.3-PAI
- 23.4-AMA
- 23.5-AME
- 23.6-A própria Ubs D. Mariquinha

24- Há quanto tempo se trata no Serviço de Psicologia?

- 24.1-De 1 a 6 meses
- 24.2-De 7 a 12 meses
- 24.3-De 12 a 18 meses
- 24.4-De 18 a 24 meses
- 24.5-Mais de 24 meses

25- Há quanto tempo se trata no Serviço de Psiquiatria?

- 25.1-De 1 a 6 meses
- 25.2-De 7 a 12 meses
- 25.3-De 12 a 18 meses
- 25.4-De 18 a 24 meses
- 25.5-Mais de 24 meses

26- Quais atendimentos você já realizou aqui na UBS durante os últimos 12 meses?

- 26.1-Odontologia
- 26.2-Enfermagem
- 26.3-Ginecologia
- 26.4-S. Social
- 26.5-Clinica Medica
- 26.6-Psicologia
- 26.7-Psiquiatria

27- Você realizou algumas dessas atividades a abaixo na UBS:

- 27.1-Grupo de Hiperdia
- 27.2-GP Tabagismo
- 27.3-GP Orientação Medicamentosa
- 27.4-GP Horta
- 27.5-GP de Caminhada
- 27.6-GP Planejamento Familiar
- 27.7-GP Saúde do Homem
- 27.8-GP Saúde da Mulher
- 27.9 -Outros_____

28-Se faz tratamento com a Psiquiatria, sabe dizer qual diagnóstico?

- 28.1- () sim
- 28.2- () não

29-Se sim qual é o diagnóstico dado?

- 29.1-T. Bipolar ()
- 29.2-T. Humor ()
- 29.3-T. Depressivo ()
- 29.4-T. Ansiedade ()
- 29.5-Esquizofrenia ()
- Outros _____

30 -Tem algum outro problema de saúde que saiba ou se trate?

- 30.1-H.A ()
- 30.2-D.M ()
- 30.3-Alteração na Tireoide
- 30.3-Neoplasias
- 30.4-Cardiopatias
- 30.5-DSTS/AIDS
- 30.6-Outros _____

31 – Usa alguma medicação para algum desses problemas mencionados anteriores

- 31.1-Sim
- 31.2-Não

32- Segue a prescrição medica do psiquiatra?

- 32.1-Nunca
- 32.2-Às vezes
- 32.3-Me esqueço
- 32.4-Sempre
- 32.5-Preciso de ajuda para tomar

33- Segue condutas do atendimento psicológico abordado pelo serviço de psicologia?

- 33.1-Sim
- 33.2-Não

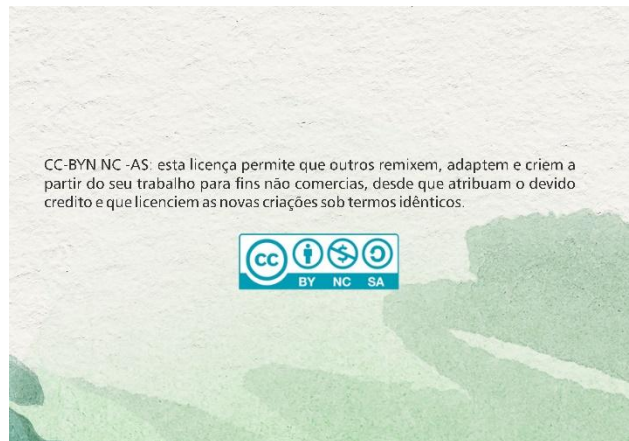
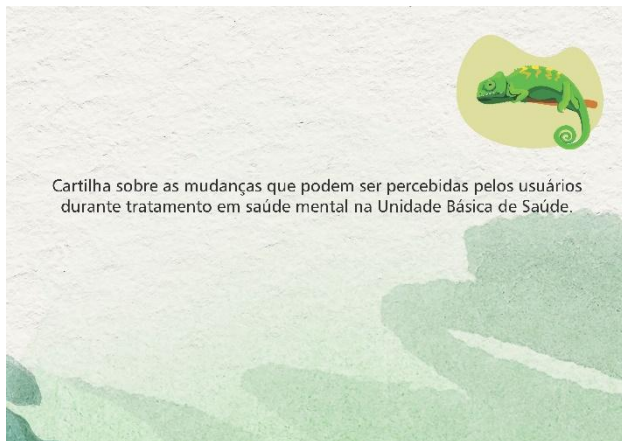
34- O adoecimento psíquico tem relação com algum momento histórico da sua vida?

- 34.1-Sim
- 34.2-Não

35- Existem familiares também com sofrimento psíquico ou transtorno em Saúde mental?

- 35.1-Sim
- 35.2-Não

APÊNDICE B - Cartilha educacional sobre mudanças que podem ser percebidas pelos usuários durante tratamento em saúde mental na Unidade Básica de Saúde



Objetivos

- Acolher as necessidades das pessoas com sofrimento psíquico e produzir medidas resolutivas.
- Possibilitar que os indivíduos com transtornos mentais e/ ou sofrimentos psíquicos possam ter acesso a esse material como recorte das questões referentes a escala de mudanças percebida (EMP)
- Poder ampliar a sua percepção sobre si mesmo e abraçar as ofertas de cuidados disponibilizados pela rede de atenção em saúde mental.

É momento para se olhar, se perceber e escutar.

- Ter percepção de si mesmo, significa se reconhecer, refletir sobre o seu sofrimento psíquico (adoecimento) e poder pensar por onde buscar ajuda;
- A implicação da percepção favorece adesão no tratamento, assertividade nas condutas dos profissionais de saúde, e minimiza a dor do sofrimento que não é visto, porém sentido!;
- Pensar o que mudou. E, nem sempre é possível ter o controle de tudo;
- Doença Crônica não transmissível (DCNT), são os Transtornos mentais; sofrimentos psicológicos; sintomas psíquicos como estresse, ansiedade, depressão, distímia e mudança de humor mais frequentes na população mundial, porem não transmissível.

Por isso, é importante questionar como está.

- Me sinto só;
- Sinto tristeza;
- Tenho medo;
- Sem vontade de viver;
- Com vontade de acabar com a angústia;
- Com desejo de falar o que sinto;
- Desamparada (o);
- Vontade de pedir ajuda;
- Se preciso de medicamentos?.

O que saber!

- Produzir cuidados em saúde mental é oferecer possibilidades para a população com sofrimento psíquico em se perceberem não apenas como coadjuvante, mas, como protagonista do seu processo de transformação.
- Que a atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde- SUS e deve acolher as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico e produzir medidas resolutivas para essas demandas.
- A Unidade Básica de Saúde se configuram como campo importante para produção de cuidados em saúde mental e vem sendo solicitada a incluir ações de Saúde Mental nesse campo, como exigência da Portaria nº 3.088/2011 que institui a rede de Atenção Psicossocial no SUS. Com objetivo de atender pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Nesse sentido a população (usuário) pode acionar a unidade básica de saúde enquanto demanda de saúde e solicitar acolhimento para sua dor e queixa psíquica.

Como fazer para me sentir melhor.

<p>CHORAR lágrimas de dor, tristeza e emoção.</p>	<p>FALAR expressar por meio de palavras.</p>	<p>SENTIR ter capacidade de percepção, consciência, sensibilidade.</p>
<p>ESCUTAR dar atenção.</p>	<p>MUDAR modificar(-se), alterar(-se).</p>	<p>PERCEBER tomar consciência, por meio dos sentidos; compreender.</p>

Quais mudanças percebo no meu tratamento?

<p>Meus problemas pessoais?</p> <p>Como está meu humor? Minha estabilidade emocional? Meu sono?</p>	<p>Minha confiança em mim?</p> <p>Interesse pela vida? Capacidade para suporta desafios? Meu apetite?</p>	<p>Minha saúde física?</p> <p>Satisfação sexual Convivência com amigos e familiares? Interesse em fazer alguma coisa?</p>
--	--	--

Detalhamento

MEDO

é uma resposta diante de uma ameaça, de desamparo e fragilidade. Importante saber que é adaptável;

ANSIEDADE EXCESSIVA

rouba energia, deixa mais tenso que a média, circunscrito no corpo, causa dores e persistem por muito tempo, impossibilita ações diárias e limita o cognitivo como atenção, memória, pensamento entre outros;

INQUIETAÇÃO

é um estado de alarme esperado diante de uma situação de desconforto, insegurança. É inevitável não manifestar ansiedade pois transmite vitalidade;

O que saber?

DEPRESSÃO

é quando a desesperança estiver durando um período longo e trazendo prejuízos vitais, fadigabilidade aumentada, perda de interesse e necessita de extremos cuidados, de vigília;

O DESGOSTO

ou amargura são sentimentos naturais que todos os seres manifestam e sentem. Como poder ficar desanimado, desestimulado, desinteressado por um intervalo curto de tempo

FÚRIA

é uma reação emocional que exprime sentimentos diante de um descontentamento, porém quando intensificado e persistente em um longo período pode surgir mudanças de humor e exprimir agressividade e auto agressividade;

IRRITABILIDADE

é uma causalidade de quem se exalta, se agasta, aborrece com facilidade; propensão para manifestar raiva contida.

Reações

ISOLAMENTO

mecanismos de defesa do próprio psiquismo para suportar ou tentar suportar a dor que lateja na mente mediante a angústia do seu contexto geral.

CULPA

surge quando alguém se arrepende por alguma atitude que tomou ou quando não aceita os seus defeitos, erros, fraquezas e até mesmo a sua insignificância na condição de ser humano.

AUTO AGRESSÃO

refere-se a um comportamento, como a auto-mutilação, assumido intencionalmente mal próprio ao corpo

DESAMPARO

Que está sem proteção, resultado da incompletude

MEDO

sentimento de insegurança. Medo é pessoal,

LUTO

caracterizado como uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto.

Pense como se percebe

Situações	Pior	Sem mudanças	Melhor	Como gostaria
Problemas pessoais				
Seu humor				
Capacidade de suportar situações difíceis				
Sono				
Confiança em si				
Interesse pela vida				
Covivência com a família.				

Autores

Caroline Duque Santana, Psicóloga, Mestre pela USP em Ciências da Saúde, Especialista em Vigilância Epidemiológica-ISCM-SP, Especialista em Saúde Pública FSC e Psicopatologia Clínica Sedes Sapientiae

Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. Linha de pesquisa: Cuidado e Integralidade nas redes de atenção à Saúde.

Orientador: Dr^a Maria do Perpétuo S. S. Nogueira. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Referências

- Bandeira MB, Andrade MCR, Costa CS, Silva MA. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. *Psicol. Reflex Crit.* 2011;24(2):236-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200004>.
- Barreto LA. A importância da percepção do paciente sobre o diagnóstico e terapia. *Rev. Neurocienc.* 2011;19(2):194-5. doi: 10.4181/RNC.2011.19.194.
- Berkeley G. *Obraes filosóficas*. São Paulo: Editora UNESP; 2010.
- Brasil. Lei n. 10.216, de 8 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Brasília* (2001 abr. 9).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)* 2017 set. 22, Sec. 1: 68.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília* (2011 out. 22).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Caderno humanizaSUS ; v.)
- Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS - RAPS [república, em 31.12.2011

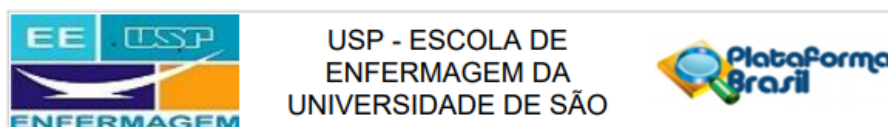
ANEXO A – Escala de Mudança Percebida

ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP)			
(VERSÃO DO PACIENTE)			
1. Você acha que o tratamento que você está recebendo aqui o ajudou a se sentir melhor?			
□ Se Sim: Como? _____			

□ Se Não: Por quê? _____			

2. Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no _____ (nome do local) e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.			
Nota ao entrevistador:			
Para cada item abaixo, dizer : “Desde que você começou a se tratar aqui, está(ão).....”.	Pior do que antes	Sem mudança	Melhor do que antes
1. Seus problemas pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A estabilidade das suas emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sua confiança em você mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seu interesse pela vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seu apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Seu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sua saúde física (Dores, tremores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sua convivência com sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sua convivência com seus amigos ou amigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sua convivência com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Suas tarefas de casa (ex : cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impressão geral : Finalizando, eu gostaria de saber se			
19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B - Parecer Emitido pela Escola de Enfermagem

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Mudanças percebidas pelos usuários durante tratamento de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde.

Pesquisador: CAROLINE DUQUE SANTANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14575719.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.389.518

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de pesquisa apresentado no Programa de pós-graduação da Faculdade de Odontologia: mestrado profissional interinidades em formação interdisciplinar em saúde, que congloba a Faculdade de Saúde Pública e a Escola de Enfermagem. O projeto de dissertação foi apresentado por Caroline Duque Santana sob orientação da Profa. Dra. Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega e está intitulado como "Mudanças percebidas pelos usuários durante tratamento de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde"

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é identificar as mudanças percebidas pelos usuários durante o tratamento recebido em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde na UBS D. Mariquinha Sciascia, localizada na Zona Norte do Município de São Paulo. Para tanto, procurará:

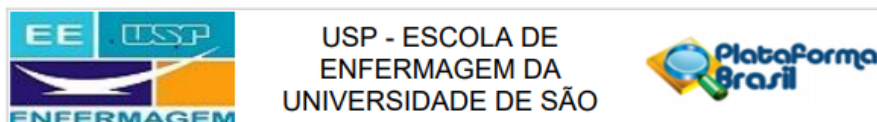
- Descrever as características socioeconômicas e clínicas dos usuários atendidos no referido serviço;
- Verificar a associação entre as variáveis sócio econômicas e clínicas em relação a mudança percebida com o tratamento ofertado pelo serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Consideram-se como riscos os desconfortos que os usuários podem apresentar quando estiverem

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 3.389.518

respondendo sobre seu tratamento.

Benefícios:

como benefício, as análises das mudanças percebidas no tratamento que poderão viabilizar alterações neste.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão incluídos na pesquisa os usuários dos atendimentos (psiquiatria e psicologia), com idade superior a 18 anos, alfabetizados, com capacidade cognitiva preservada e que não estejam em quadro agudo do transtorno mental (crise).

Por outro lado, serão excluídos os usuários que tiverem três faltas consecutivas no serviço de Psicologia e aqueles que não compareceram em consulta/retorno no intervalo de 12 meses.

Após cálculo, a amostra será constituída por 250 usuários dos dois serviços (Psiquiatria e Psicologia).

A pesquisa está autorizada pela UBS e consta a folha de rosto devidamente assinada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os questionários a serem apresentados estão anexados e são condizentes com os objetivos da pesquisa.

O TCLE está redigido de forma clara, prevê a possibilidade de interrupção da participação, que não haverá pagamento, mas que é possível o reembolso de eventuais despesas.

De outro lado, a pesquisadora compromete-se a encaminhar o participante, em caso de desconforto, para atendimento na própria UBS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

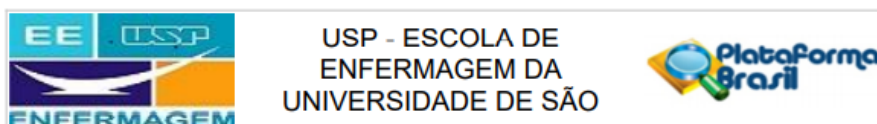
Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 3.389.518

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1365989.pdf	28/05/2019 14:15:51		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	28/05/2019 14:15:25	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	27/05/2019 17:47:33	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito
Outros	escala.docx	27/05/2019 17:41:11	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aut.pdf	27/05/2019 17:40:28	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito
Outros	questi.docx	27/05/2019 17:40:15	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tecle.docx	27/05/2019 17:39:52	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito
Cronograma	cronos.docx	27/05/2019 17:39:46	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito
Orçamento	orc.docx	27/05/2019 17:39:36	CAROLINE DUQUE SANTANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

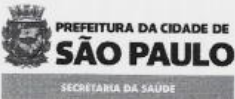
SAO PAULO, 13 de Junho de 2019

Assinado por:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br

ANEXO C - Pedido de Autorização Institucional a Coordenadoria Regional de Saúde Norte

		PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE	
REMETENTE: Coordenadoria Regional de Saúde Norte		MEMO Nº: 017/2019 DIRETORIA	DATA: 30/04/2019
DESTINATÁRIO: SMS – Comitê de Ética em Pesquisa - CEP		ASSUNTO: Solicitação de Pesquisa Caroline Duque Santana	

Sr. Coordenador :

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado, “**Mudanças percebidas pelos usuários durante tratamento de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **CAROLINE DUQUE SANTANA, vinculada ao programa de Mestrado Profissional Interunidade – Formação interdisciplinar em Saúde** da Faculdade de Faculdade de Odontologia, de Saúde Pública e Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega.

Declaro ter ciência de que o presente projeto tem por objetivo, identificar mudanças percebidas pelos usuários durante o tratamento recebido em Saúde Mental pelo serviço de Psiquiatria e Psicologia em unidade básica de saúde. A metodologia será por meio de entrevista com uma amostra de usuários, a quem serão aplicados dois instrumentos de pesquisa, uma Escala de Mudança Percebida e um instrumento de perfil sócio – demográfico.

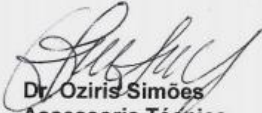
O estudo será desenvolvido será realizado na UBS Dona Mariquinha Sciascia, da Supervisão Técnica de Saúde de Santana/Jaçanã da Coordenadoria Regional de Saúde Norte do Município de SP.

Contamos com a colaboração de todos para a realização da pesquisa e dos pesquisadores para a busca do agendamento dos procedimentos e com o retorno dos resultados aos interessados, enviamos a nossa anuência, para que se de prosseguimento na apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS.

Atenciosamente,



Dr.^a Teresa Cristina Fenerich de Moraes
Coordenadora Regional de Saúde Norte
-em substituição-



Dr. Oziris Simões
Assessoria Técnica
CRS-Norte

TCFM/pst

ANEXO D - Pedido de Autorização Institucional Distrito de Saúde Santana, Tucuruvi, Jaçanã e Tremembé de São Paulo

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo, 2019.

Ilma. Sra.

Dr.^a. Valeria Rondineli

Supervisora do Distrito de Saúde Santana, Tucuruvi, Jaçanã e Tremembé de São Paulo

Supervisão Técnica de Saúde Santana, Tucuruvi Jaçanã e Tremembé de São Paulo.

Prezada Senhora,

Solicito vossa autorização para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados do estudo "Mudanças percebidas nos usuários durante tratamento de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde", nos usuários, que estão em tratamento Psiquiátrico e Psicológico nesta Unidade. (Projeto anexo).

Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo CEP-EEUSP, para avaliação das questões éticas em pesquisa, e só será realizada após aprovação desse órgão.

Agradeço antecipadamente sua atenção e reitero votos de estima e apreço,

Nada tenho a opor
Dr.^a. Valeria Rondineli _____

Dr.^a Erika Gonçalves
CRP 32464

Caroline Duque S. _____

Caroline Duque Santana CRP:03/95426

Caroline Duque
Psicóloga
CRP 06/95426

Mestranda pela Universidade de São Paulo, Departamento de Odontologia, de Saúde Pública e Escola de Enfermagem- Formação interdisciplinar em Saúde.

Psicóloga Especialista em Saúde Pública e Psicopatologias Contemporâneas. Compõem a Equipe de saúde mental da UBS D. Mariquinha Sciascia.

Email:psicologia.mariquinha@gmail.com

ANEXO E - Pedido De Autorização Institucional UBS Dona Mariquinha Sciascia

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo, 2019.

Ilma. Sra.

Nelice Canhoto G. Lopes

Supervisora de unidade

UBS DONA MARIQUINHA SCIÁSCIA

Prezada Senhora,

Solicito vossa autorização para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados do estudo "Mudanças percebidas nos usuários durante tratamento de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde", nos usuários, que estão em tratamento Psiquiátrico e Psicológico nesta Unidade. (Projeto anexo).

Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo CEP-EEUSP, para avaliação das questões éticas em pesquisa, e só será realizada após aprovação desse órgão.

Agradeço antecipadamente sua atenção e reitero votos de estima e apreço,

Nelice Canhoto Gonçalves Lopes
Enfermeira do Trabalho
Ribeirão Preto - SP - 13091
Unidade de Atenção Básica
Ribeirão Preto - SP - 13091

Nada tenho a opor.

Nelice Canhoto G. Lopes

Caroline Duque Santana
Caroline Duque
Psicóloga
CRP 06/95426

Caroline Duque Santana CRP:03/95426

Mestranda pela Universidade de São Paulo, Departamento de Odontologia, de Saúde Pública e Escola de Enfermagem- Formação interdisciplinar em Saúde.

Psicóloga Especialista em Saúde Pública e Psicopatologias Contemporâneas. Compõem a Equipe de saúde mental da UBS D. Mariquinha Sciascia.
Email:psicologia.mariquinha@gmail.com