



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTAMARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA  
EM SAÚDE MENTAL**

**A COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL  
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE SANTA MARIA SOBRE O  
PROCESSO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E MEDICALIZAÇÃO  
DA VIDA**

Larissa Gomes Bonilha

**SANTA MARIA,RS,BRASIL**

2016

Larissa Gomes Bonilha

**A COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL  
DA INFÂNCIA E ADOLESCENCIA DE SANTA MARIA SOBRE O  
PROCESSO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E MEDICALIZAÇÃO  
DA VIDA**

Trabalho de Conclusão de pós-graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2016**

Larissa Gomes Bonilha

**A COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL  
DA INFÂNCIA E ADOLESCENCIA DE SANTA MARIA SOBRE O  
PROCESSO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E MEDICALIZAÇÃO  
DA VIDA**

Trabalho de Conclusão de pós-graduação apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Especialista em Saúde Mental**.

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Luiza Ferrer (Presidente Orientador)

---

Prof. Dr. Marcos Adegas Azambuja (UNIFRA)

---

Prof. Ms. Silomar Ilha (UNIFRA)

Santa Maria, RS

2016

## RESUMO

### **A COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE SANTA MARIA SOBRE O PROCESSO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA**

AUTORA: LARISSA GOMES BONILHA  
ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ANA LUIZA FERRER

A discussão acerca do crescente processo de medicalização da infância e adolescência apresenta-se como um ponto central na busca por uma classificação daquilo que foge ao padrão normal imposto pela modernidade. Este fato demonstra a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Por outro lado, mesmo com a Reforma Psiquiátrica e a implementação da Política de Saúde Mental que trás os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como dispositivos substitutivos ao modelo asilar, a internação psiquiátrica ainda é entendida como um recurso terapêutico prioritário no que concerne a psiquiatria infantil e no contexto das Unidades de Internação hospitalares, o processo de medicalização é tido como a base do tratamento. A presente pesquisa objetivou Compreender a percepção dos sujeitos e/ou familiares, acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que passaram pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica, a respeito do processo de internação e de medicalização. Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando a metodologia hermenêutica como referencial teórico e como instrumento para coleta de informações, entrevistas individuais com os sujeitos que utilizam da Rede de Atenção Psicossocial da infância e adolescência de um município no interior do Rio Grande do Sul. Os resultados apontam que a internação hospitalar é o principal recurso terapêutico para a realidade local, a medicalização é uma constante na vida dos usuários, o que gera muitas dúvidas acerca da necessidade do uso e o que isso pode acarretar em suas vidas, outro ponto importante é a falta de conhecimento do usuário com relação a da Rede de Saúde Mental da infância e adolescência e a fragmentação das práticas em saúde.

**Descritores:** Infância; Saúde Mental; Medicalização; hospitalização

**ABSTRACT**  
**UNDERSTANDING OF USERS OF THE MENTAL HEALTH**  
**NETWORK SANTA MARIA CHILDHOOD AND ADOLESCENCE ON**  
**THE PROCESS OF HOSPITAL ADMISSION AND LIFE**  
**MEDICALIZATION**

AUTHOR: LARISSA GOMES BONILHA

SUPERVISOR: Prof. Dr. ANA LUIZA ANA FERRER

The discussion about the growing process of medicalization of childhood and adolescence is presented as a central point in the search for a classification of what is beyond the normal pattern imposed by modernity. This fact demonstrates the creation of a society in which the individual and the population are understood and managed through medicine. On the other hand, even with the psychiatric reform and the implementation of mental health policy that brings the Psychosocial Care Centers- CAPS, as substitute devices to the asylum model, psychiatric hospitalization is still perceived as a high-priority therapeutic resource in relation to child psychiatry and in the context of hospital inpatient units, the medicalization process is considered the mainstay of treatment. This research aimed to understand the perception of the subjects and / or family members, followed at a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (APSi) who visited the psychiatric hospital process regarding hospitalization and medicalization process. This is a qualitative study using the hermeneutic methodology as theoretical and as a tool for gathering information, individual interviews with the subjects using the Network Attention childhood Psychosocial and adolescence in a city in the interior of Rio Grande do Sul. the results show that the hospital is the main therapeutic resource for the local reality, medicalization is a constant in the lives of users, which raises many questions about the need to use and it may result in their lives, another important point it is the lack of knowledge of the user in relation to the Mental health Network of childhood and adolescence and fragmentation of health practices.

Keywords: Childhood; Mental health; medicalization; hospitalization

## **LISTA DE SIGLAS**

APS - Atenção Primária a Saúde

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FADISMA – Faculdade de Direito de Santa Maria

FAMES- Faculdade Metodista de Santa Maria

FISMA – Faculdade Integrada de Santa Maria

FICAI – Ficha de Comunicação do Aluno Infrequente

GAP - Gabinete de Projetos

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

MS - Ministério da Saúde

NASM – Núcleo de Apoio em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

PA – Pronto Atendimento

PRMISPS - Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

SAMU – Serviço Móvel de Atendimento de Urgência

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Santa Maria

ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

UNIFRA - Centro Universitário Franciscano

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## **Sumário**

Sumário.....	7
INTRODUÇÃO.....	6
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 Medicalização nas Internações Psiquiátricas.....	11
3.OBJETIVOS.....	13
3.1 Geral.....	13
3.2 Específico.....	13
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
4.1 Materiais e método.....	14
4.2 Sujeitos do estudo.....	15
4.3. Aspectos Éticos.....	15
4.4 O campo.....	17
4.4.1 Ambientação e Aproximação.....	19
4.5. Análise das informações coletadas.....	20
5. RRESULTADOS.....	22
6. DISCUSSÃO.....	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES.....	40

## INTRODUÇÃO

A medicalização apresenta-se como um ponto central na busca por uma classificação daquilo que foge ao padrão normal imposto pela modernidade. Este fato provoca uma anulação do discurso do sujeito pela constante necessidade de estabelecer uma verdade sobre esse. Segundo Tesser (2009), este movimento multifacetado é denominado como: medicalização social que envolve desde questões cotidianas até questões epidemiológicas, culturais, de ordem social, etc.

Se o SUS almeja proporcionar cuidado à saúde para a população brasileira seus profissionais e suas políticas são agentes fundamentais para promover, restringir ou redirecionar a medicalização social. A fragmentação das práticas profissionalizadas de saúde – doença certamente é um dos complexos fatores da medicalização, que está envolvido nas crises do cuidado e da saúde pública (TESSER, p.14/15, 2009).

Bernardes (2012) retrata as práticas em saúde como forma de cuidado de si voltadas para uma condição ética/política de existência na esfera pública, migra-se para as condições que transformam a saúde em ausência de doença, constituída como um domínio de governo das populações mediante estratégias médicas. De uma ética da existência na Antiguidade Clássica, salta-se para uma ética normativa na Modernidade.

Foucault (1979) foi quem conseguiu projetar este comportamento, quando formulou em termos de uma biopolítica o movimento de captura das formas de vida pela medicina, pelo que chamou de poder médico, prevendo as novas tendências contemporâneas de tudo medicalizar. Vivemos agora uma sociedade marcada pela gestão dos riscos, onde as patologias foram transformadas em transtornos. O novo imperativo se caracteriza por uma espécie de "normalização do normal". É preciso estar identificado com um lugar para se sentir pertencente no mundo.

Foucault (1979) faz referência ao processo de medicalização quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao



contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de esforços e expansão das relações de mercado – não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com o objetivo de controlar a sociedade. Primeiramente, o investimento era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias. Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar.

Na prática médica atual, os doentes tendem a perder "o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem", e, por conseguinte sua autonomia (Foucault, 1979, p.96). Autonomia no que diz respeito não somente à forma como serão tratados, como também à determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia, portanto, aqui entendida não no sentido de uma responsabilização moral, mas no respeito à realidade presente de cada um.

A medicalização da vida surge como uma necessidade da busca pela vida sem sofrimentos, dor, como se o uso de algum psicofármaco fosse anular este processo que é natural do ser humano. Também encontramos neste contexto, não somente o Estado operando sobre essa "docilização" das mentes, mas a mídia como um reforçador desta sensação de plenitude, fazendo uma propagação e transmissão de suas ideologias, camufladas sob a forma de notícia e de informação.

Bernardes (2012) fala sobre uma sociedade da norma, utilizando-se de mecanismos políticos de um Estado de segurança e da sua possibilidade de controle diante da população. Onde, para garantir a segurança é necessária uma introdução de procedimentos que diferencie os indivíduos. E com isso, os jogos políticos passam a operar no nível individual e na população.

“Podemos considerar que a medicalização vai desvalorizando os saberes autóctones da cultura e da vida e vai hipertrofiando a importância e o valor das tecnologias duras e leve-duras tanto para interpretação quanto para cuidado profissional e mesmo lei, desmerecendo as tecnologias leves e as possibilidades interpretativas e de ação centradas nos sujeitos e em suas transformações ante suas vidas e seu contexto, centradas nos sujeitos e em suas ações e transformações ante suas vidas e seu contexto” (TESSER apud MERHY, p.16, 2009).

Em uma pesquisa realizada no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) de Santa Maria/RS no ano de 2010 constatou-se que a maioria dos usuários eram do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 18 anos. Os principais sintomas e queixas apresentados pela clientela atendida no CAPSi foram agressividade física e/ou verbal (74%), agitação (44%) e dificuldade de concentração e/ou aprendizagem (41%) (ARRUÉ et al., 2013).

Destaca-se também a incidência expressiva de ideação ou tentativa de suicídio, representando 20% das queixas, os usuários apresentaram mais de uma queixa associada, perfazendo uma frequência de 417 sintomas informados. Dentre as medicações mais indicadas pelo psiquiatra do serviço estão os neurolépticos e o Cloridrato de Metilfenidato, além disso, em grande parte dos tratamentos, as duas medicações foram usadas associadamente. Cita-se também que 48% dos usuários não fizeram uso de medicação durante o acompanhamento no CAPSi e aqueles que o fizeram (52%) usaram medicações associadas, na maior parte dos casos (ARRUÉ et al., 2013).

Contudo, observou-se durante o processo de acolhimento de novos usuários no ano de 2014, um crescente no aumento de crianças encaminhadas ao CAPSi por escolas, vias judiciais, hospitais e outros dispositivos da Rede de Atenção, fazendo uso de medicação ou com solicitações para avaliação psiquiátrica e indicação ao uso de medicações. Diante do exposto, o estudo justifica-se pelo elevado número de crianças encaminhadas e/ou que se encontram em tratamento no CAPSi, por apresentarem algum diagnóstico de transtorno mental ou sofrimento psíquico.

Justifica-se ainda, pela necessidade de aprimorar ações e ferramentas de intervenção, preservando a ideia de que cada indivíduo deve ser protagonista de sua saúde e vida, também pela necessidade de se estreitar a relação entre a Saúde e a comunidade por meio de articulações intersetoriais. Dessa forma emerge a necessidade de verificar o que pensam os sujeitos e/ou familiares acompanhados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobre o uso de psicofármacos em suas vidas e no conseqüente fenômeno da medicalização na sociedade. Tal proposta se insere no desejo coletivo de gerar subsídios para concepção de uma nova práxis.

Assim, a pesquisa tem como questão identificar “ qual a percepção dos sujeitos e/ou familiares, acompanhados em um CAPSi, que passaram pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica, a respeito do processo de internação e de medicalização?”. Pois, este processo de medicalização provoca um movimento político e social visando seu

redirecionamento, sendo este um desafio para os serviços públicos, gestores do SUS e profissionais da saúde. Diante do exposto, esta pesquisa visará refletir sobre ações que pode induzir ou não a práticas medicalizadoras, e através deste estudo abrir espaços para discussão, recriação de práticas e arranjos institucionais que possibilitem discussões acerca da medicalização que progride a passos largos.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 para referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina. Apesar de se tratar de um termo descritivo para indicar algo que “se tornou médico”, a maioria dos autores o utilizou no contexto de crítica negativa ao excesso de medicalização. Esse processo, ocorreu por meio da denúncia da crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam, criando conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de determinadas doenças e, portanto, da necessidade de controle e terapêutica das mesmas (CONRAD, 2007).

Segundo Conrad (1992), o ponto chave da medicalização é a definição – quando um problema passa a ser definido em termos, descrito a partir da linguagem, racionalidade e tratado por intervenções médicas. A partir daí formam-se categorias médicas que, de certa forma, não existiam anteriormente, tipos humanos são criados pela ciência, mas também se modulam categorias médicas já existentes, categorias que são elásticas, no sentido de poderem ser expandidas ou retraídas (HACKING, 2002).

Para Ivan Illich (1975) uma das suas principais preocupações é em relação à perda da autonomia das pessoas que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde. O autor compreende que, para obterem uma verdadeira satisfação, as pessoas devem superar a necessidade da intervenção profissional para os cuidados em saúde e agir contra o consumo intensivo da medicina moderna.

Foucault (2008), por sua vez, apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de esforços e expansão das relações de mercado – não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade.

Com efeito, a medicalização transforma aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável. Neste sentido, Foucault fala do desenvolvimento de um poder sobre a vida – um biopoder – que é exercido sobre os corpos por meio da tecnologia disciplinar (FOUCAULT, 2006a, 2002, 1995b).

A partir desta elucidação, sobre os pressupostos conceituais, serão abordados os conceitos fundamentais que irão nortear e estruturar o presente estudo: medicalização dos sujeitos e/ou familiares que passaram pelo processo de internação psiquiátrica.

## **2.1 Medicalização nas Internações Psiquiátricas**

Com base na Política Pública de Saúde Mental e com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, reestruturando a atenção à Saúde Mental, os hospitais psiquiátricos progressivamente têm deixado de constituir a base do sistema assistencial, cedendo esse espaço para a rede de Serviços de Atenção Psicossocial, focada nos usuários e suas necessidades. A aprovação pelo Congresso Nacional da Lei 10.216/2001, depois de doze anos de tramitação do Projeto de Lei 3.657/89, modificou as regras para o tratamento psiquiátrico no país, prevendo que a internação só deve ocorrer nos casos em que outros tratamentos não forem bem sucedidos (BRASIL, 2001). Porém a internação psiquiátrica, ainda é entendida como um recurso terapêutico para pacientes graves, com transtornos mentais e comportamentais, no que concerne a psiquiatria infantil, no contexto das Unidades de Internação hospitalares, o processo de medicalização é tido como a base do tratamento.

Segundo Sanches (2011), a prática da medicalização infantil faz parte de um discurso biológico iniciado pela biomedicina e naturalizado nos dias atuais como um senso-comum. Esse discurso se encontra presente em nosso dia-a-dia e é consolidado pelo saber médico. Corroborando com essa ideia, Guarido (2007) afirma que a medicação atualmente é a indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, associada a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico, reconhecendo o paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza.

Para Brodowski e Caponi (2013), o processo de medicalização está diretamente ligado ao que é considerado um desvio social e ao controle social. Ao mesmo tempo em que a área da saúde foi entrando na vida familiar e escolar, a Medicina foi assumindo o papel de agente de normalização dos desvios, ficando responsável por comportamentos que até então eram da esfera de outras instituições, certas condutas foram incorporadas ao campo médico em uma tentativa de resolução de problemas e de normalização dessas condutas.

No pensamento de Cruz (2010), conferir os sofrimentos humanos o estatuto de doença, no caso das crianças e adolescentes, pode ser uma forma de libertação de seus estigmas

morais de mau comportamento, desatenção e preguiça, dentre outros. Para Guarido (2007), A medicalização em larga escala das crianças nos tempos atuais pode ser interpretada também como apelo ao silêncio dos conflitos, negando-os como inerentes à subjetividade e ao encontro humano. Para uma melhor compreensão das questões biopsicossociais que perpassam o sofrimento psíquico e suas formas de tratamento, considera-se a importância da abordagem acerca da medicalização da infância e a relevância do tema, sobretudo nos processos de internação (que pressupõe um momento de crise), onde a medicação é tida como primeira e única opção.

### **3.OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) do município de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul.

#### **3.2 Específico**

Compreender a percepção dos sujeitos e/ou familiares, acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que passaram pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica, a respeito do processo de internação e de medicalização.

## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Materiais e método

Trata-se de um estudo qualitativo, com enfoque na teoria hermenêutica, na compreensão de um contexto particular, respaldando-se na interpretação, na busca de significado, na subjetividade e na intersubjetividade (Gondim, 2002). Através de pesquisa de campo, utilizando-se da técnica de entrevista individual.

Tal metodologia foi proposta por Hans-Georg Gadamer na perspectiva da validação da consciência histórica como referência para a interpretação do conhecimento humano. O homem é marcado pela tradição e a forma de estar no mundo comporta o passado como condição para o desenvolvimento da linguagem, a qual, num constante movimento de reinterpretação, constitui a realidade. Conforme Gadamer (2005), estamos imersos na história e não é possível nos situarmos fora dela. O que nos resta é a consciência do processo histórico e a interpretação do que nos condiciona como seres no mundo.

A experiência hermenêutica é fundamental para o crescimento do ser enquanto participante de uma pluralidade cultural. Para se chegar a essa nova experiência, Gadamer (2005) afirma incessantemente que é necessário estar aberto para o novo, para a experiência, para a quebra de expectativa, pois o novo deixaria de sê-lo se não tivesse que se afirmar contra alguma coisa.

Para Gadamer (1997), o pesquisador é sempre motivado pelo presente e seus interesses. Então, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. Contudo, é importante se deixar interpelar pela própria tradição. Esse movimento que constitui dois horizontes (passado – presente) é que faz o objeto de estudo se destacar.

A motivação para realização deste estudo se deu a partir da experiência profissional como Enfermeira residente, no CAPSi, participando das atividades e rotinas do serviço, como acolhimento, reuniões de equipe e com os diversos dispositivos da rede para discussão de casos, realização de grupos operativos com adolescentes, visitas institucionais a Unidade de Internação hospitalar psiquiátrica, para acompanhamento e discussão de casos, organização de assembleias com usuários e principalmente considerando o crescente número de internações hospitalares observadas no serviço e o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados no CAPSi.



Dessa forma, a partir das experiências vivenciadas e questionamentos acerca das demandas que culminam a medicalização e internação hospitalar, afluíram a necessidade de compreender os motivos que levam a crescente desses processos. Esses questionamentos se concretizaram através de perguntas realizadas aos usuários e/ou familiares do CAPSi, buscando compreender sob a ótica deles, de que forma se dão os processos da Rede de Atenção Psicossocial em que estão inseridos.

A pergunta norteadora para o desenvolvimento da pesquisa situa-se em: Qual a compreensão e percepção dos sujeitos e/ou familiares, acompanhados no CAPSi, que passaram pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica, acerca do processo de internação hospitalar e de medicalização?

#### **4.2 Sujeitos do estudo**

Os participantes desta pesquisa foram selecionados de acordo com o objetivo e campo do estudo, a partir de um levantamento dos usuários que passaram por processo de internação hospitalar ou que vivenciaram essa experiência com seus familiares, no período de abril de 2014 a abril de 2015.

Dessa forma, os sujeitos da pesquisa foram usuários e/ou familiares acompanhados no CAPSi, que passaram pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica. Como critérios de inclusão estabeleceu-se: sujeitos acompanhados pelo CAPSi, que tenham passado por internação psiquiátrica e excluídos da pesquisa os que não são acompanhados pela Rede de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência do município de Santa Maria/RS e que não passaram pelo processo de internação hospitalar psiquiátrica. Atenderam aos critérios de inclusão, formando o *corpus* desse estudo, cinco usuários do CAPSi.

A realização das entrevistas individuais se deu a partir da concordância dos usuários e/ou familiares em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (ANEXO A), do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), (ANEXO B) e do Termo de confidencialidade (ANEXO C).

#### **4.4. Aspectos Éticos**

Os preceitos éticos foram embasados na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe da ética em pesquisas com seres humanos. Para tal, foi elaborado um TCLE (ANEXO A) constando objetivos da pesquisa e garantindo o

anonimato e o caráter confidencial das informações cedidas pelos colaboradores, os quais foram identificados com a letra “P”, referindo-se ao participante, seguido de um algarismo numérico, conforme a ordem das entrevistas (P1, P2... P5). Bem como um TALE (ANEXO B), no caso do participante da pesquisa ser criança, adolescente ou legalmente incapaz, uma via entregue à criança, adolescente ou família e outra em posse do o pesquisador (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde Santa Maria (NEPS) - (ANEXO D) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM e posteriormente protocolado junto a Plataforma Brasil, sob o protocolo CAAE 46927115.0000.5346. No estudo o contato com os participantes restringiu-se a realização de entrevistas individuais, isto é, a pesquisa não ofereceu, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social ou cultural ao colaborador, em nenhuma fase.

Entretanto, alguns sentimentos podiam ser mobilizados, pois no decorrer das entrevistas os participantes refletiram acerca de seus cotidianos e suas vivências, evidenciando um risco mínimo. Caso ocorressem tais riscos, a entrevista pôde ser interrompida para que fossem atenuados estes sentimentos e, além disto, realizado orientação, caso desejassem, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da escolha do participante da pesquisa.

Quanto aos benefícios, este estudo contribuiu com a reorientação do planejamento e gestão das ações em serviços de saúde, com o objetivo de contribuir para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Também a utilização dados secundários dos prontuários e documentos do CAPSi. Os pesquisadores comprometeram-se com o uso dos dados e a preservação das informações sobre os sujeitos através do Termo de Confidencialidade (ANEXO C). Todas as informações coletadas no estudo foram armazenados por cinco (5) anos em um Banco de Dados, criado na sala do Programa de Residência Multiprofissional nº 1356 – 3º andar, Prédio 26, Centro de Ciências da Saúde (CCS) no Campus UFSM, em um armário de uso exclusivo da Profª Drª Ana Luiza Ferrer.

A pesquisadora, juntamente com a professora orientadora, assumiu o compromisso de utilizar os dados e o material coletado para a realização desta pesquisa e formação de um banco de dados, salientando que as informações farão parte de um arquivo confidencial em computador de uso exclusivo para pesquisas.

O compromisso ético, político e social da pesquisadora na devolução dos resultados ocorrerá por meio da apresentação de trabalhos em eventos da área, bem como a publicação

de artigos científicos em periódicos. Ressalta-se que, com a conclusão deste estudo, o relatório final será apresentado para os participantes da pesquisa, bem como ao campo de atuação.

#### **4.4 O campo**

O campo de atuação desta pesquisa compõe a Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Santa Maria/RS localizado, geograficamente, no centro do Estado do Rio Grande do Sul, com uma área de 1825 km<sup>2</sup> e uma população de aproximadamente 270 mil habitantes. Onde o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é considerado alto, classificando-se como 9º município do Estado Rio Grande do Sul, dentre os 497 municípios gaúchos e como 99º do Brasil, dentre os 5.565 municípios brasileiros avaliados. Dentre os municípios mais populosos do Estado, o seu IDHM só perde para a capital de Porto Alegre. (ADESM, 2013)

O processo de construção da rede de atenção em saúde mental no município de Santa Maria passou por três importantes momentos, como a implantação dos serviços substitutivos; a constituição da comissão de saúde mental e a construção de um processo de capacitação e descentralização em saúde mental para atenção básica. Segundo, no início da década de 80, a atenção em saúde mental era centralizado em um hospital psiquiátrico localizado no município, o qual foi transferido para Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), sendo os atendimentos restritos a uma ala psiquiátrica, não havendo dispositivos extra-hospitalares (CRASOVES, 1994).

Zambenedetti e Perrone (2008) referem que no plano político o impacto do processo da reforma psiquiátrica instituiu-se no município com a realização do I e II Simpósios Internacionais de Saúde Comunitária, os quais foram organizados pelo departamento de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). No final da década de 90, se constituiu a primeira equipe destinada aos cuidados específicos na área da saúde mental do quadro de servidores do município. Em 2001 foi implantado o serviço de saúde mental da secretaria de saúde do município intitulado como Ambulatório de Saúde Mental, passando a ser referência para atenção básica.

Os projetos de CAPS II e CAPSAD foram formulados e implantados respectivamente em 2002 e 2003 com a participação de trabalhadores do ambulatório de saúde mental e apenas

em 2005 houve a criação do CAPSi, sendo esse um serviço de acolhimento e atenção integral a crianças e adolescentes, de zero a 18 anos, em sofrimento psíquico severo ou persistente. (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Em vista a disposição dos serviços de saúde mental em uma rede regionalizada e hierarquizada, os critérios que oferecem suporte à constituição da rede do município de Santa Maria foram determinados pela política oficial, expressa em leis (BRASIL, 1990), manual (RS, 2002) e no plano de saúde mental de Santa Maria (SES, 2003).

Atualmente, os serviços que compõem a rede de atendimento de Saúde Mental Infantil são: Atenção Básica (ESFs, UBSs), CAPSi, Ambulatório de Saúde Mental, Núcleo de Apoio de Saúde Mental (NASM)<sup>1</sup>, Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), Unidades Hospitalares: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento Municipal (PAM), Hospital Municipal Casa de Saúde (HMCS) e Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e serviços complementares que dão suporte para a rede de atenção psicossocial, sendo estes: Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Faculdade de Direito de Santa Maria (FADISMA), Faculdade Metodista (FAMES).

Serviços de apoio da sócio assistencial: Conselhos Tutelares (Leste, Oeste e Centro), FICAI– Grupo de Trabalho Centro, Grupo de Trabalho Leste, Grupo de Trabalho Oeste), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) regiões leste, Centro e Oeste, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Secretaria de Município de Desenvolvimento Social, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDICA); Secretaria de Educação (Estadual, Municipal), Programa de Atendimento Especializado Municipal - PRAEM; Judiciário e Ministério Público (Vara da Infância e Juventude) ; Casas de Acolhimento (Aldeias SOS, Lar de Miriam, Recanto da Esperança) e Projetos sociais.

Nesta pesquisa, o local da Rede de Saúde Mental estipulado para coleta de informações foi o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e adolescência - CAPSi do município de Santa Maria/RS, devido a relevância do elevado número de internações psiquiátricas decorrentes no período anteriormente citado

---

<sup>1</sup>Núcleo de Apoio em Saúde Mental (NASM) é um grupo formado por profissionais da rede de saúde mental de Santa Maria os quais se ocupam da atividade de apoio matricial em saúde mental para a atenção básica. Estes profissionais compõem equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, do Acolhe Saúde (Serviço de Atenção Psicossocial, criado para atender à população de Santa Maria envolvida, direta ou indiretamente, à tragédia na Boate Kiss) e Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFSM.

#### **4.4.1 Ambientação e Aproximação**

Na etapa de campo, foi realizada uma aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa e com o usuário, com o intuito do reconhecimento da pesquisadora. Ressaltando que a aproximação com o campo de pesquisa aconteceu diariamente desde a inserção no CAPSi. Esta aproximação ocorreu por meio dos acompanhamentos de casos compartilhados com troca de informações relativas à evolução dos casos, possíveis ajustes nos Planos Terapêuticos e dados importantes para a condução do tratamento, assim como, através da participação em visitas a Unidade de Internação Psiquiátrica de referência para infância e adolescência no município, para discussão dos casos acompanhados pelo CAPSi.

O momento de ambientação constituiu-se como uma etapa de grande importância para que as barreiras que afastavam pesquisador e pesquisado fossem transpostas. Para que fosse possível a realização de uma pesquisa qualitativa clara e com menos vieses foi fundamental conhecer anteriormente a linguagem utilizada pelos participantes, a rotina do usuário no serviço, bem como as problemáticas vivenciadas. Para tal, foi agendado por telefone e pessoalmente com os usuários, um horário para apresentação da proposta de pesquisa e contato para agendamento conforme a disponibilidade dos participantes, afim de realizar a entrevista.

As entrevistas ocorreram no espaço cedido pelo CAPSi, individualmente com cada participante, seguindo todos os preceitos éticos e de apresentações das documentações em anexo neste trabalho.

#### **4.5. Técnica de coleta de informações**

A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas individuais, realizadas no segundo semestre de 2015, (APÊNDICE A) em espaço físico cedido pelo CAPSi, nas quais foram utilizadas gravador de áudio, mediante autorização dos participantes, respeitando sua vontade, caso não fosse permitida a gravação, foi solicitado autorização para anotações dos relatos. Posteriormente os relatos foram transcritos para a constituição da análise das informações coletadas.

Foi apresentado aos participantes, de maneira formal, os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, além da garantia da confidencialidade das informações e

da privacidade dos sujeitos na divulgação (ANEXO C) dos resultados da pesquisa, assim como sua liberdade para abandonar o processo em qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo. Após a leitura das informações e esclarecimento de eventuais dúvidas os participantes da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Foi pactuada previamente a disponibilidade de horário, bem como o local para a realização das entrevistas.

Foi entregue aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO A), o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE (ANEXO B), além de explicitado o Termo de Garantia de Confidencialidade - TGC (ANEXO C) das informações e da privacidade dos sujeitos na divulgação dos resultados da pesquisa, assim como sua liberdade para abandonar o processo em qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo.

Segundo Bauer e Gaskell, (2011) a entrevista configura-se como uma técnica de interação entre pesquisador e informante, no qual a relação é regulada pelo primeiro, mas permite a fluidez da informação e da troca, focando nos aspectos mais significativos da informação sem rigidez do questionário fechado, permite mapear o mundo social do informante, fornecendo dados básicos para compreender as relações sociais no local de pesquisa, e principalmente as crenças, motivações, atitudes e valores dos atores sociais que compõem o objeto de pesquisa.

Para as entrevistas, foi elaborado um roteiro de entrevista individual (APENDICE A), contendo perguntas norteadoras que conduziram a entrevista, que foi aplicada aos usuários acompanhados no CAPSi. Tiveram duração média de trinta minutos à uma hora e foram realizadas de maneira individual e sala específica, cedida pelo CAPSi.

A partir do roteiro criado, os participantes puderam relatar suas realidades e vivências como usuários da Rede de Saúde Mental, evidenciando situações para reflexão de questões que colaboram para o processo de medicalização, bem como os processos de internação hospitalar psiquiátrica. Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra e organizadas em tabelas conforme eixos temáticos para viabilizar a análise e posterior discussão.

#### **4.6. Análise das informações coletadas**

A análise e interpretação dos dados foi realizada conforme o método hermenêutico (BAUER; GASKEL, 2011). Tal método, exige que o intérprete se aproprie das opiniões prévias e pré-conceitos pessoais, pois ao se dar conta destes é que de fato se constrói algo em sua alteridade, o que confronta aquilo que se apresenta nos textos com as opiniões prévias pessoais do intérprete (GADAMER, 2005).

Assim, de acordo com Gadamer (apud MINAYO, 2004), a abordagem hermenêutica se caracteriza pela busca da compreensão do sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo a linguagem como seu núcleo central. A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, seguindo pressupostos de que o ser humano é um ser histórico e finito que se complementa através da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e cultura; o texto, numa perspectiva hermenêutica, “revela e esconde”.

A realização das entrevistas individuais possibilitou a análise da compreensão dos usuários acerca de suas necessidades, processos de circulação, conhecimento e acompanhamento na Rede, bem como suas percepções quanto a processo de medicalização nas suas vidas.

## 5. RRESULTADOS

Com relação à caracterização dos participantes, cinco pessoas foram entrevistadas, destas, três eram usuários do serviço, um do sexo masculino e dois do sexo feminino e dois familiares, sendo uma mãe e uma avó materna. Quanto à idade dos usuários, variou de 13 a 18 anos; em relação ao tempo de internação, a variação foi de seis dias a aproximadamente 60 dias. Quanto ao número de internações psiquiátricas, variou de uma a quatro internações.

A análise e interpretação das informações coletadas possibilitou a delimitação de oito eixos temáticos de interesse para o estudo: Processo de internação hospitalar; Participação do usuário/familiar no processo de internação; Participação do CAPSi no processo de internação hospitalar; Uso de medicação durante a internação hospitalar; Avaliação interdisciplinar na Unidade de Internação; Uso e administração da medicação no dia a dia; Compreensão acerca da necessidade do uso de medicação na vida; Conhecimento e uso de dispositivos da Rede de Saúde Mental.

### 5.1. Processo de internação hospitalar

Os resultados apresentam que os motivos que acarretaram o processo de internação hospitalar dos participantes basearam-se em momentos de crise ou surto, mostrando relatos de agressividade, desorganização de pensamentos e desorganização emocional, que os levaram à internação, como mostram as falas a seguir:

*Ele teve uma crise em casa, quebrou o ventilador, quebrou a televisão, começou a gritar, a “soquiar” as paredes, chamei o SAMU, que veio junto com a Brigada e daí nós fomos para o hospital, para emergência e o médico achou melhor ele ficar internado, até por causa da medicação para ele se acalmar[...] foi por causa disso que ele foi internado, a gente achou melhor internar ele... mas quando ele chegou no hospital, já não estava mais em crise, mas a questão é que por causa da medicação mesmo, porque a medicação a gente achou que não estava mais fazendo efeito, alguma coisa estava errada... por causa disso, pra ele não voltar a ter uma atitude agressiva em casa, achamos melhor, internar.. (P1)*

*Eu tive um surto, primeiramente, não sei o que me aconteceu, eu tinha muitos sentimentos guardados dentro de mim e era a escola e era em casa, em casa eu briguei, daí eu simplesmente não sei o que me aconteceu, eu fui parar no hospital quando eu acordei estava lá. A minha mãe estava comigo, o médico disse que eu precisava fazer uma internação, ficar uma semana só. Tive que ficar vinte e um dias, com medicação para eles (equipe de saúde) verem a minha reação. Eu pensei que era uma semana só e daí resolvi aceitar, se eu não aceitasse, eu ia ter que dar algum jeito (P2)*



*A minha última internação ocorreu sem eu querer, foi quando aconteceu o acidente, eu fui para a emergência e de lá para o hospital. Foi muito ruim, porque eu não conhecia ninguém e lá eu ficava sozinha. Por causa da minha depressão, fui internada quatro vezes, as outras foram para eu me recuperar. (P3)*

*A primeira internação foi porque ela surtou, matou o cachorro a marteladas, tentou botar fogo na casa, rasgou as roupas, destruiu tudo[...] toda a casa e cortou o cabelo. Ela foi internada a primeira vez lá em Florianópolis, mas não tinha psiquiatria, então transferiram para Porto Alegre, quando a gente chegou na clínica não queriam que vissemos ela e eu fiquei apavorada, conversei com o psicólogo e com o psiquiatra até que nos autorizaram. Ela estava bem dopada, foi muito ruim porque não nos prepararam pra isso, já estávamos abaladas com tudo o que ela fez, aí vem pra uma clínica que tem um monte de pessoas malucas, doentes, sei lá. Foi a primeira vez que ela foi internada, ficou vinte e dois dias. Ela saiu da clínica direto para minha casa em Santa Maria, dali a dois dias ela começou a consultar no CAPSi, acho que ela ficou uns três meses em casa comigo e mesmo com toda a medicação que ela usava, ela me machucou, rolamos no chão, eu não bati nela, só me defendi. Então a mãe dela, via judicial, internou ela de novo. Ela tem uma lesão no cérebro, que é o que causa tudo isso, segundo o neurologista que atendeu ela todo esse tempo, todas essas raivas, esses sentimentos, essa fuga, não é psíquico é por causa da lesão no cérebro, que é uma parte do cérebro que afeta o que comanda as emoções. (P4)*

*A primeira internação foi em Porto Alegre, não me lembro, foi em março, não sei muito bem. Foi um pouco ruim porque eu estava longe da minha mãe, porque eu estava longe da minha família e longe de quem eu gostava. Eu internei no setor infantil, acho que fiquei quinze dias lá, e do hospital eu fui pra clínica onde eu fiquei vinte e um dias internada, depois eu saí, eu fui para casa da minha vó. Depois de quatro ou cinco meses fui internada de novo, eu não queria ser internada, mas eu sabia que precisava de ajuda, estava muito irritada e com pensamento de matar as pessoas, tinha pensamentos de agredir. As duas últimas internações foram melhores, né, ajudaram muito, eu fiquei mais tranquila, antes eu ficava muito ansiosa na primeira internação, porque nessa aí, nessa aí, mas eu fiquei mais tranquila na segunda, então foi mais fácil pra mim, já estava acostumada um pouco. (P5)*

Outros aspectos importantes observados nos relatos atentam para o fato dos entrevistados terem passado por mais de uma ou duas internações hospitalares, bem como demonstraram o desejo de não serem internados. Outro ponto relevante é que os participantes, no estudo denominados P3 e P5, referem sentimentos relacionados ao afastamento do convívio familiar e como isso os afetou durante o período, já que estavam sozinhos, longe das pessoas que gostavam, como suas mães, por exemplo.

A maioria dos participantes, em suas respostas citou a questão do uso da medicação, referindo que do ponto de vista deles a medicação não estaria adequada, no caso, não estaria fazendo o efeito desejado. Referiram que os efeitos colaterais eram muito fortes, como pode ser observado no relato da participante, denominada P4, quando mencionou que seu familiar estava “bem dopada” e também o desconforto em relação a falta de informação acerca do processo de internação.

## 5.2. Participação do usuário/familiar no processo de internação

Neste eixo, os participantes do presente estudo foram questionados acerca de sua vivência no processo de internação, enquanto sujeitos envolvidos. Os resultados apontam que a maioria refere ter participado de maneira ativa, relatando desde a chegada ao hospital, até a conversa com os profissionais do local e a necessidade de uma internação naquele momento.

*Sim, eu participei, fiquei lá até ele entrar, fiquei um pouco com ele ali e depois tive que o deixar. Tiraram os cadarços dele [...] acho que isso foi de tarde, daí de noite eu voltei lá, para trocar as roupas dele e me deixaram dar uma olhadinha nele, mas a internação eu acompanhei todos os dias, os seis dias que ele ficou internado lá, sozinho e Deus. (P1)*

*Sim. Eles conversaram comigo bastante, perguntaram se eu gostaria de fazer a internação, não foi bem isso [...] eles disseram que eu precisava fazer a internação, então eu aceitei. Eu sabia que ia me prejudicar fora, que eu ia sair da escola e tudo, mas eu sei que eu precisava. (P2)*

*Aconteceu que eu derramei leite quente no meu irmão, então eu fui para o hospital e no hospital só me deram a notícia que eu iria para a internação, quem me levou foi a minha mãe, eu queria decidir, não que só eles (familiar e equipe de saúde) decidissem que eu iria internar. (P3)*

*Sim, essa primeira internação pedimos via judicial e o Conselho Tutelar que nos acompanha, ela me agrediu, eu não ia tomar providência nenhuma, mas ela ligou para mãe dela e contou que tinha me agredido, então, a mãe dela ligou para a conselheira. (P4)*

*A mãe ligou para a polícia, a polícia veio, depois veio a ambulância, aí eu internei. (P5)*

Dois dos participantes relataram não ter participado do processo de internação e terem sido levados ao hospital por seus familiares, em um dos casos foi manifestado o desejo de participação e tomada de decisão em relação a sua internação, o que não ocorreu no momento. No outro caso, houve participação direta da polícia e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

## 5.3 Participação do CAPSi no processo de internação hospitalar

As falas indicam que o CAPS, não esteve presente no processo de internação dos participantes P1 e P2, respectivamente. Observou-se que os sujeitos utilizaram meios

próprios sem o apoio da equipe, um dos participantes relata ter comunicado ao serviço da internação de seu filho, porém sem o apoio do serviço.

*Em nada, absolutamente nada, infelizmente foi a única vez que eu me senti totalmente abandonada pelo CAPS, porque o CAPSi tinha livre acesso lá dentro (do hospital) e não esteve presente. Foi zero a participação do CAPSi. Até com a coordenadora de Saúde Mental, eu tentei conversar por telefone e não consegui. O CAPS foi avisado o dia que ele internou e na verdade se eu como mãe não tivesse meus meios próprios, ele ficaria atirado lá, que nem um “saco de babatas”. No pós alta sim, aí me deram todo o apoio, a enfermeira e a assistente social até arrumaram o Lisboa<sup>2</sup> e também foram lá em casa, após sim, na internação não. Tanto que quem mandou o médico dar alta para ele fui eu, o médico queria deixar ele mais tempo internado, então assinei um termo. Eu, psicologicamente estava sozinha nessa história, não tive nenhum suporte do CAPSi na hora que eu mais precisei, então achei melhor a alta. Até porquê, o problema dele, infelizmente é pro resto da vida. Na verdade o Doutor queria, eu acho, testar mais alguma medicação, alguma coisa, mas eu achei melhor ele ir para casa e assinei um termo. (P1)*

*Teve após a internação, depois que eu saí. Me ajudaram, conversaram bastante comigo, me deram conselhos e tudo. (P2)*

*De todas, todas internações, não, participou das duas últimas, nessas quem me ajudou a ser internada foi o CAPS, eles ligaram para lá e perguntaram se tinha vaga para mim, eu estava muito mal, pensando em me matar, foi onde eu pedi ajuda para o CAPS, porque eu não aguentava mais. O pós internação está sendo bom, mas quando eu estava internada a minha mãe não me acompanhava. Era ruim, porque a pessoa que eu mais queria ver não ia me ver no hospital. (P3)*

*Eu liguei para o CAPS e pediram que eu trouxesse ela (neta), mas eu não conseguia trazer porque ela não queria, então minha filha (mãe da menina) esteve aqui (no CAPSi) e conversaram bastante. O médico achou que ela deveria ser internada e o resto foi com a gente. Depois o CAPS foi lá, participou de reuniões, tiveram conversas com a psicóloga, falaram sobre o comportamento dela e como estava agindo. O CAPS nunca teve uma pessoa assim sabe, que em tão curto tempo, teve várias internações e que muda o comportamento toda hora, então nós estávamos tentando saber, ajeitar, encaixar as coisas. (P4)*

*Eu internei porque tentei agredir a minha vó, e o CAPS ajudou, eu não lembro, eu sei que ele ajudou, mas não lembro como. Eles (equipe do CAPSi) iam me visitar lá no hospital. (P5)*

As falas dos participantes P3, P4 e P5, mostram que o CAPSi esteve presente em suas internações ou em parte delas, no processo de avaliação e também burocrático, inclusive no processo trans-hospitalar, através de reuniões em equipe multidisciplinares para discussão do caso e visitas institucionais.

#### **5.4 Uso de medicação durante a internação hospitalar**

<sup>2</sup> Escola Antônio Francisco Lisboa, em Santa Maria/ RS, com a finalidade educacional e clínico-terapêutica, destinada a usuários com deficiência intelectual, deficiência auditiva, baixa visão, deficiência múltipla e condutas típicas.

Os resultados apontam que a totalidade dos sujeitos entrevistados fizeram uso de medicação durante o período de internação hospitalar, sendo que a maioria deles, correspondentes aos sujeitos P1, P4 e P5 fizeram uso de Carbamazepina e os sujeitos P1, P2, P4 e P5 de Risperidona, bem como Cloridrato de Biperideno e Haloperidol.

*Fez uso. Ele tomava uma Carbamazepina de 200 mg de oito em oito horas, Neozine de 100 mg, um a noite, Risperidona 1 mg, de oito em oito horas... e o Biperideno 2 mg um por dia. (P1)*

*Sim, Risperidona e Carbonato de Lítio. (P2)*

*Fiz. Não lembro quais. (P3)*

*Sim, Biperideno, Risperidona, Carbamazepina, Haldol e mais um que eles dão que a gente nem sabe qual, tipo o “boa noite Cinderela”. (P4)*

*Eu estava tomando carbamazepina, Risperidona e esqueci o outro, mas eram três. Um é estabilizador de humor, o outro eu não sei, só sei que um era estabilizador de humor. (P5)*

## 5.5 Avaliação interdisciplinar na Unidade de Internação

A totalidade dos entrevistados, apontam o médico psiquiatra como figura constante nas avaliações multiprofissionais na Unidade de internação, seguido pela maioria das respostas, pelos profissionais da equipe de enfermagem e enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e médico pediatra, como pode ser observado nos relatos abaixo:

*Por psicólogo e psiquiatra, os psiquiatras residentes, os técnicos de enfermagem, a chefe da enfermagem, que estavam sempre. Os enfermeiros conversavam bastante comigo e teve uma chefe de enfermagem que permitiu que eu fosse uma vez por dia ver ele, ela abriu uma exceção e foi de grande valia, foi de uma grande importância ver ele uma hora por dia. Mas foram os seis piores dias da minha vida, aí fora o sintoma da medicação também, ele ficava babando, uma coisa horrorosa, não muito bonita de uma mãe ver, por isso que eu resolvi tirar ele de lá, por causa do olhar dele. Mas eu acho que aquilo era necessário, acho que eles testam medicação no paciente, então aquilo me assustou muito. (P1)*

*Eu lembro que teve vários, os enfermeiros que cuidavam de mim eram bem legais. Enfermeiros, médicos e um psicólogo também que conversava sempre comigo, não sei porque, eu simplesmente só me abria com ele. (P2)*

*Pelo psiquiatra e também pela pediatra. O psiquiatra entendia mais o meu caso do que o pediatra. (P3)*

*Sim, ela foi avaliada pelo psiquiatra, a psicóloga e claro, o chefe deles. (P4)*

*Tinham os técnicos de enfermagem, os médicos, os fisioterapeutas que iam lá e tinham mais alguns também, que eu não lembro quem. (P5)*

## 5.6. Uso e administração da medicação no dia a dia

Nas falas a seguir, relacionadas ao uso e administração de medicação no dia a dia, pode ser observado dois pontos importantes, o primeiro refere-se ao fato de que a totalidade dos participantes da pesquisa fazem uso contínuo de medicação, quanto a forma de administração, a maioria dos entrevistados relatam que têm autonomia na administração de suas medicações, porém com algum tipo de supervisão de seus familiares com relação a horários e dosagens.

Outro aspecto relevante, encontra-se na fala do participante P1, que refere administrar a medicação conforme as necessidades e atividades cotidianas de seu filho e não seguindo a prescrição médica, o que pode alterar os resultados esperados no tratamento, conforme relato a seguir:

*Na verdade, hoje ele toma uma Carbamazepina de 200 mg e Biperideno, antes de ir para a escola, quando chega ao meio dia eu dou 1 mg de Risperidona e a noite eu dou o Neozine. O médico dá a receita e eu que administro, mas quem vê se o remédio tem resultado ou não, é eu como mãe, que passo vinte e quatro horas por dia com ele. Na verdade, eu dificilmente sigo à risca o que o médico dá e sim conforme as atividades dele, era para seguir à risca, mas hoje ele toma essas quatro medicações de forma diferente. Quando ele saiu do hospital o médico prescreveu de uma forma e eu dei um dia, mas a escola me ligou porque ele estava caindo para os lados então no outro dia eu já mexi e fui mexendo por conta. Claro que se ele está em casa e está mais agitado então eu dou de oito em oito horas conforme o médico prescreveu, mas como ele tem as atividades dele, eu diminuo. (P1)*

*Sim, Risperidona e Lítio. A minha mãe avisa o horário certo de tomar a medicação, porque as vezes eu esqueço, então ela me lembra, mas eu sempre tomo. (P2)*

*Sim, Carbamazepina e Neozine. O Carbamazepina eu tomo de manhã e à noite e o Neozine só a noite. A minha mãe todo dia de manhã manda eu tomar café e o remédio e de noite, o jantar e o remédio, ela só me diz qual é o remédio que eu tenho que tomar e o horário. (P3)*

*A Fluoxetina e a Risperidona, a Fluoxetina de manhã e o Risperidona a noite. Antes eu que dava eu dava o remédio e ela colocava embaixo da língua, depois da segunda internação, a psicóloga achou melhor ela administrar a própria medicação, mas claro, eu “por trás” e agora ela está tomando. (P4)*

*Eu administro, eu sei o horário então eu tomo de manhã, depois do café e de noite depois que eu janto, mas a minha avó fica controlando pra ver se eu tomo os remédios ou não. (P5)*

## 5.7. Compreensão acerca da necessidade do uso de medicação na vida

É possível observar que os resultados apontam que os participantes, denominados P1 e P4, referem compreender que há necessidade do uso de medicação na vida de seus familiares, segundo eles, a medicação ajuda nas questões comportamentais, agitação, agressividade, bem como nos distúrbios do sono. Atenta-se para a fala do participante P4, que relata a falta de informação e conhecimento acerca das indicações das medicações utilizadas por seu familiar e demonstra, em concordância com a fala do participante P1, a preocupação com relação aos efeitos colaterais das medicações e o que o uso contínuo poderá acarretar de maneira prejudicial em suas vidas, futuramente.

*A eu acho que sim, infelizmente é necessário. Ele fica muito agitado e agressivo, então eu acho que nisso ajuda muito, acho que ajuda ele de alguma forma. Para dormir o Neozine ajuda, ele fica cansado, se eu não dou o remédio, ele não dorme a noite e tem uma hora que a mente dele precisa descansar. E no comportamento também, eu acho que ele a ficar mais calmo. Ele usa medicação desde os sete anos, faz tempo já, tudo que é medicação que se possa imaginar ele já fez uso, de tudo da parte psiquiátrica. Quando eu vejo que uma medicação não faz efeito nenhum para ele, eu tiro e paro por conta. É, ele tem uma “médica” em casa, porque acho desnecessário seguir uma coisa que estou vendo que não faz efeito nenhum. Uma coisa que só vai prejudicar o fígado dele, não tem porque eu dar remédio para ele, se não faz efeito porque ele pode morrer de cirrose, a cirrose não é só da cachaça, é da medicação também. (P1)*

*Eu não sei se está me ajudando muito, porque não vejo reação nenhuma, eu não sei o que eu tenho, se é o que eles (médico e equipe de saúde) estão dizendo, mas me diagnosticaram, então tenho que tomar medicação. Eu tenho obrigação de tomar a medicação, eu fui ficando depressivo, sem vontade de fazer mais nada e ainda estou, mas parece que não faz diferença, mas eu tenho que tomar, eu tenho que tomar, é minha obrigação tomar, eu sei que se eu parar eu vou voltar a ter problemas. (P2)*

*Carbamazepina não me faz efeito é para deixar estabilizado... é que eu me sinto todo dia a mesma coisa, tipo eu sinto que a medicação não faz efeito porque as vezes eu pego e ... fico muito estressada e esse remédio não é para me deixar estressada, as vezes eu não estou de bom humos, as vezes estou. (P3)*

*Eu acho, embora muitas dessas medicações eu nem saiba o que que é né, hoje ela tá só com dois, eu sei que o fluoxetina da sono e o Risperidona é um estabilizante. O problema é que ela tem muita insônia né, ela não dorme e ela tem uma facilidade de se acostumar com a medicação, aí não faz efeito. Eu a, a princípio, segundo o Dr. ele disse que a doença dela não tem cura né, que a gente vai viver assim sempre, uma hora ela vai estar bem... isso dito por todos os médicos que ela já passou, a minha preocupação com essa medicação é que efeitos colaterais ela vai ter mais tarde, isso é minha preocupação, porque digamos que acalme ela agora, mas e a longo prazo, ninguém me diz nada a respeito disso. Quando ela tá tomando, que os remédios estão fazendo efeito no organismo dela, ela não entra mais naquela depressão, naquela tristeza, ela pensa em estudar, ela pensa em trabalhar, ela melhora... ela acalma, ela consegue falar a verdade, porque ela mente muito né. Eu acho que faz muito bem assim, mas não... não dura muito tempo, digamos uns três meses aí depois não faz mais efeito. (P4)*

*Eu penso que a medicação pode ajudar, mas que quem... que quem tem que se ajudar é a pessoa mesmo. Ela auxilia, mas quem tem que se ajudar é a pessoa, eu não sei se isso é ou não necessário, mas no fundo, conforme com o tempo eu acho que não vou mais precisar, eu me sinto bem, eu fico bem, não fico mais agressiva, não fico mais revoltada como eu estava antes, porque isso me ajuda a ter um pouco mais de confiança em mim mesma. Eu acho que eu tenho que continuar mais um pouco e*

*talvez eu acho que não, talvez eu acho que deveria testar para ver se eu fico bem sem os remédios, eu já fiquei só sem a Risperidona, eu já fiquei só com a fluoxetina, mas também fiquei tranquila. (P5)*

A maioria dos sujeitos têm dúvidas quanto a necessidade do uso da medicação em suas vidas. Relatam não observarem resultados positivos, ou seja, segundo os entrevistados, a medicação não interfere na melhora de seus quadros clínicos. O Sujeito denominado S5, relata não saber se é ou não necessário, porém, espera fazer uso de medicação por algum tempo e futuramente não mais utilizar medicação.

### **5.8. Conhecimento e uso de dispositivos da Rede de Saúde Mental.**

Quanto ao uso e conhecimento de dispositivos da Rede de Saúde Mental no município, a maioria dos participantes relatam não ter conhecimento de outros dispositivos, além do CAPSi, atenta-se para o Sujeito 4 que fez referência ao Centro de Referência de Assistência Social – o CRAS – enquanto apoiador da Rede de Saúde Mental, porém não utiliza serviço, bem como o Sujeito 5 que relata frequentar além do CAPS, o Centro espírita.

*Não, não existe, pelo menos em Santa Maria não existe, fora o CAPSi é o Lisboa... eu, particularmente só conheço esses, a única escola é o Lisboa. Outro serviço não, porque não existe na verdade outro lugar que não seja o CAPSi mesmo... não conheço. (P1)*

*Não conheço, só o CAPS. (P2)*

*Não... não conheço. (P3)*

*Tem o CRAS, mas o CRAS é mais para a família pelo que eu sei, e por exemplo, no caso dela que não gosta muito de multidão e de gente perto dela, a psicologia tem mas é em grupo, então ela nunca quis ir e nem nas oficinas que tem lá no CRAS. Mas outro serviço eu também não conheço, não sei se tem. (P4)*

*Não tem, eu só vou no centro espírita. Não sei, é que eu não conheço muito aqui. (P5)*

## 6. DISCUSSÃO

Os direitos das pessoas com transtornos psíquicos e seus familiares são assegurados constitucionalmente e por Lei específica. É direito do usuário de Saúde Mental, formas de assistência e tratamentos que estimulem seu protagonismo e autonomia pessoal (BRASIL, 2014). Com a Reforma Psiquiátrica e a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial, a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares, disponíveis na rede assistencial (Diário Oficial, 2001).

Nesse ponto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades tem um papel fundamental, sendo pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo serviços substitutivos ao modelo asilar, de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011)

Os relatos da presente pesquisa apontam que os processos de internação hospitalar dos participantes se deram devido a momentos de crise, desencadeada por uma gama de acontecimentos e sentimentos, que atravessaram seus cotidianos, a maioria das vezes sem um entendimento do próprio usuário acerca daquela experiência e a internação hospitalar foi utilizada como recurso para tratamento e estabilização.

Contudo, a internação ainda constitui recurso terapêutico importante para as pessoas que necessitam de atendimento urgente e emergencial em períodos de agravamento do transtorno (BRASIL, 2013).

Corroborando com esse achado, um estudo realizado, na argentina, com o objetivo de determinar a prevalência de transtornos mentais e de comportamento como causa de hospitalização na população de adolescentes de 10 a 19 anos, no período de 2005 e 2006, evidenciou que de 255.332 pessoas que passaram por internações, 5.163 foram decorrentes de transtornos mentais e consumo de substâncias (BELLA et al., 2012). Ainda outro estudo,



realizado no estado do Paraná, com informações de uma amostra de 240 internações, demonstra que as internações relacionadas ao comportamento somam 60,2% das internações e a modalidade involuntária é maior nos casos de alteração do comportamento (SILVA *et al*, 2014).

Os dados analisados no exposto apontaram as recidivas nas internações, pois apresentaram mais de uma ou duas internações hospitalares. Dado semelhante foi evidenciado em uma pesquisa etnográfica que visou à compreensão dos motivos e da situação de internação de crianças e adolescentes em São Paulo, onde o número de reinternações foi significativo. Tal pesquisa demonstrou que seis de 28 crianças e/ou adolescentes já haviam sido internadas anteriormente (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Com a Reforma Psiquiátrica e o novo modelo assistencial de Saúde Mental, a equipe interdisciplinar tem um papel fundamental no cuidado linear à pessoa com sofrimento psíquico, tanto no âmbito dos serviços substitutivos, quanto em unidades de internação psiquiátrica. A avaliação interdisciplinar e intervenções em prol da pessoa em processo de internação hospitalar é apresentada na pesquisa através das avaliações e acompanhamento de diversos profissionais da área da saúde, como médico psiquiatra, profissionais da equipe de enfermagem e enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e médico pediatra.

Segundo Vasconcelos (2002), a interdisciplinaridade é compreendida como a junção de saberes de distintas categorias que se reúnem para compreender um mesmo objeto, contudo há uma coordenação de uma sobre as demais, o autor ainda afirma que a visão da interdisciplinaridade remete a uma prática estrutural que permite a reciprocidade, o enriquecimento mútuo e tende a relações profissionais horizontais. No que tange a internação psiquiátrica e os novos moldes de Saúde Mental, a atuação de uma equipe de saúde integrando os saberes profissionais, trás benefícios significativos aos sujeitos em sofrimento psíquico, mas para que o cuidado seja efetivo, é necessário que os profissionais conheçam o real significado de interdisciplinaridade.

Um estudo realizado em Minas Gerais que objetivou identificar as concepções que os profissionais de saúde que atuam em equipes multiprofissionais em dois centros de saúde do município de Contagem, têm sobre a interdisciplinaridade e o impacto dessa concepção nas ações realizadas, apontam que o profissional retrata a dificuldade de se ter definição e delimitação claras do tema no cotidiano do trabalho em saúde. Ele aponta certa confusão, entre as noções de interdisciplinaridade e trabalho multidisciplinar, expresso nas equipes multiprofissionais (COSTA, 2007).

Na presente pesquisa, os participantes relataram participação ativa em seus processos de internação, concordaram e dialogaram com os profissionais acerca da necessidade de uma internação naquele momento. Este dado vem ao encontro do que é preconizado pela Lei 10.216/2001, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, que em seu art. 6º, inciso I, trás que a modalidade de internação voluntária, se dá com o consentimento do usuário (BRASIL, 2001).

Compreende-se que essa modalidade de internação deve ser priorizada, uma vez que possui maior potencial de efetividade, pela conscientização do usuário quanto à necessidade de sua internação. Em concordância com o exposto, Giovarino (2013), refere que as internações involuntárias são privativas e por isso, devem ser utilizadas em casos excepcionais já que o tratamento fora das amarras hospitalares é um direito assegurado pelo Estado.

A Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, que são categorizados em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II (crisnças e adolescentes) e CAPSad (álcool e drogas). Sendo que os CAPS I, CAPS II, CAPSi II e CAPSad têm horário de funcionamento das oito às dezoito horas, em dois turnos, podendo comportar um terceiro turno até as vinte e uma horas. Nessa configuração o CAPS III se diferencia, tendo acolhimento noturno, nos feriados, finais de semana, com leitos para eventual repouso e/ou observação. (BRASIL, 2002). Nesse ínterim, O *leito-noite*, oferecido pelos CAPS III, é considerado como uma importante retaguarda nos momentos de crise, sendo criticadas pelos usuários os serviços que não dispõem deste recurso (usuários de CAPS II) (SURJUS, CAMPOS, 2011).

Nessa perspectiva, o conceito proposto por Jardim e Dimenstein (2007), compreende a crise como *“um momento individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio”*. Um momento no qual *“antes de tudo, é crucial enxergarmos a pessoa. Uma pessoa com contexto, com história”* (Jardim K, Dimenstein M, 2007). Onde a Crise possa ser mais que *“um diagnóstico com terapêutica delimitada previamente, muito pelo contrário, é fundamental vermos a Crise como potencialidade e localizá-la no contexto da pessoa que a traz”* (Jardim K, Dimenstein M, 2007).

No que tange a importância do papel fundamental do CAPSi frente ao usuário e suas demandas, a Portaria GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que cabe ao CAPSi, cabe a responsabilidade pela organização de tal demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes, sendo assim, deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador do módulo assistencial (BRASL, 2002). Os achados da

pesquisa, mostram que o CAPS esteve presente na maioria dos processos de internação dos participantes, porém, em alguns casos, ficou claro a necessidade de um maior acompanhamento por parte do serviço no que tange aos aspectos clínicos direcionados e não somente burocrático ao acolhimento à crise e na decisão por uma internação hospitalar.

A pesquisa aponta que o usuário do CAPSi, tem como forma de acolhimento da crise a internação, observa-se que a realidade do sistema substitutivo do município não propicia ao usuário a escolha do tratamento, sendo que o CAPSi II, apresenta dificuldade de acolher a crise, em qualquer momento sendo uma das fragilidades, o horário de funcionamento, o que leva a reflexão das práticas da clínica no serviço. Para Diaz (2013), a resposta do CAPS à crise, diz respeito à sustentabilidade do CAPS em si, enquanto dispositivo substitutivo principal, e a sustentabilidade às condições de possibilidade de atenção à saúde mental de forma justa e igualitária.

Neste ínterim, o fenômeno da medicalização e o uso de psicofarmacos é uma crescente entre crianças e adolescente, é percebida uma necessidade em explicar a “loucura” e também uma mudança significativa nos tratamentos propostos aos transtornos psíquicos, dessa forma a medicalização é uma das intervenções mais utilizadas, tanto no âmbito do serviço substitutivo, quanto no hospitalar onde o uso de medicação é priorizado nos tratamentos.

Na presente pesquisa, observou-se que o uso de psicofármacos durante a internação e de forma contínua na vida do usuário é ponto em comum entre todos os participantes do estudo, sendo que em 100% dos casos, utiliza-se mais de duas medicações associadas, sendo que o maior número de associações se deu entre Carbamazepina e Risperidona. A risperidona tem diversas indicações sendo utilizada como coadjuvante no tratamento de mudanças do comportamento ou transtornos afetivos (FERNANDES, et al, 2012). Na atualidade os psicofármacos mais utilizados são: ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor, anticonvulsivantes e antipsicóticos ou neurolépticos (GREVETE; CORDIOLI, 2000).

Ao observar as falas, um dado significativo é que a maioria dos entrevistados relata ter autonomia na administração de suas medicações, porém com algum tipo de supervisão de seus familiares. Neste ínterim, questiona-se qual o real sentido da palavra autonomia para o usuário? Há participação direta do usuário nas decisões sobre seu tratamento? A supervisão apontada nos relatos significa autonomia na administração de sua medicação? Para Campos et al. (2011), no Brasil mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica, a medicalização ainda é uma prática não reformada. Dessa forma, a participação do usuário nas decisões relacionadas

ao seu tratamento, restringe-se, muitas vezes, ao mero relato de seus sintomas (LOPES et al., 2012)

É observado nas falas, que o usuário assume a autonomia da administração e dosagens das medicações conforme as necessidades e atividades cotidianas e do que compreendem estar fazendo “feito” ou não, sem seguir a prescrição médica. Estudo semelhante realizado em uma grande cidade brasileira em 2011 corrobora com a pesquisa, trazendo que os usuários declararam assumir o controle na medida em que alteravam doses dos medicamentos e/ou interrompiam os tratamentos sem respaldo profissional e faziam uso de medicamentos sem saber a duração e o porquê do tratamento. Buscavam informações sobre seus tratamentos em bulas e na internet, uma vez que não se sentiam apoiados por seus médicos. (CAMPOS et al, 2011).

Com relação à Rede de Atenção em Saúde Mental, o estudo mostra que não há conhecimento suficiente por parte dos usuários quanto a dispositivos e fluxos de rede no município, sendo o CAPSi, a referência para tratamento por parte deles, o que aponta uma fragmentação da rede, onde o ator principal (o usuário) não reconhece o espaço circular no qual deveria estar inserido. Para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde são conjuntos organizacionais de serviços de saúde, vinculados entre si que possibilitam a atenção integral e contínua a população. Nesse ínterim, os Centros de Atenção Psicossocial são os dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial. Porém há uma necessidade de permeabilidade entre os serviços de atenção em Saúde Mental e outros serviços e setores articulados da Sociedade (ALVES, 2001).

Corroborando com o estudo apresentado, pesquisa realizada no ano de 2011, onde um dos objetivos foi compreender a avaliação que familiares de pacientes da saúde mental fazem sobre a rede de serviços públicos, a fragmentação da rede foi apontada. Ainda em outro estudo, com profissionais da rede de saúde, realizada no Rio Grande do Sul, pode ser percebido por parte dos integrantes, dificuldades em relacionar e diferenciar o conceito de rede na teoria com a aplicação na prática, em referência a fragmentação (SILVA et al, 2012).

O Princípio Sistêmico ou Organizacional nos mostra que as Redes de Atenção Saúde não podem ser visualizadas de uma forma fracionada, mas sim devemos compreendê-las como um movimento complexo em que todos os serviços que integram o SUS formam o todo, e que em cada uma delas existe uma inter-relação longitudinal que deslumbra o todo, formado por várias partes. (ARRUDA et al., 2015). Nesse sentido, a limitação na continuidade do cuidado a portadores de transtornos mentais nos serviços de saúde não está associada a atributos individuais dos pacientes, mas sim a fatores de contexto, incluindo a

(des)organização do sistema de saúde do município (OLIVEIRA, CAIAFFA, CHERCHIGKIA, 2008).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta pesquisa, foi possível compreender a percepção dos sujeitos e familiares acompanhados no CAPSi, acerca dos processos que levam a internação hospitalar em unidade psiquiátrica e a medicalização.

As questões que perpassaram o estudo trouxeram a tona realidades vivenciadas pelos usuários, que têm no processo de internação hospitalar e medicalização a forma de acolhimento à crise, sem a participação ativa na tomada de decisões acerca do seu tratamento. Considerando a Reforma Psiquiátrica, o CAPS, é o principal serviço substitutivo do modelo asilar, que oferece cuidados as pessoas em sofrimento psíquico, objetivando a reabilitação clínica e social do indivíduo.

Fragilidades estiveram presentes nessa pesquisa, dentre elas o fato de existir no município somente um CAPSi II, sem leitos noturnos, que possam substituir a internação hospitalar, trazendo a reflexão dos caminhos percorridos pelos usuários e as dificuldades do CAPSi enquanto apoiador das angústias vivenciadas no cotidiano dos usuários e o seu papel enquanto potencializador de cuidado efetivo nas práticas em saúde mental.

Outra questão importante que se demanda, é o uso da medicação pelo usuário, presente tanto na internação, quanto no seu dia a dia e as diversas dúvidas que surgem por falta de empoderamento acerca dos diversos efeitos acarretados pela medicação em suas vidas e a necessidade do uso como tratamento prioritário, demonstrando que a prática da medicalização na infância e adolescência é uma prerrogativa comum nos dias de hoje.

A falta de conhecimento por parte dos usuários em relação à rede de saúde mental aponta uma fragmentação da rede, atentando para a necessidade de uma maior articulação e interlocução entre serviços de saúde e entre serviços e usuário de saúde mental na infância e adolescência do município, aprimorando ações e ferramentas de intervenção, considerando que cada indivíduo deve ser protagonista de sua saúde e vida e estreitando a relação entre a Saúde e a comunidade por meio de articulações intersetoriais.

Contudo, os dados encontrados puderam ser discutidos com uma ampla literatura, o que possibilitou a comparação com outros dados encontrados em realidades distintas, contribuindo para pesquisa em Saúde Mental e o despertar para a temática. Espera-se que as

reflexões levantadas, no presente estudo, possam excitar inovações nas práticas de saúde atuais, considerando o crescente processo de medicalização e o uso ainda, da internação hospitalar como intervenção prioritária no acolhimento a crise.

## REFERÊNCIAS

ADESM, Agência de Desenvolvimento de Santa Maria. **Plano Estratégico de Desenvolvimento de Santa Maria “A Santa Maria que Queremos”**. Editora Pallotti, Santa Maria – RS, (2013): p.24.

ALVES, D. S. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 167-176.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

ARRUDA, C. **Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade**. Escola Anna Nery Rev de Enfermagem 19 (1), Jan-Mar 2015.

ARRUÉ, A. M., et al. **“Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em Centro de Atenção Psicossocial.”**Ver. Enfer.UFSM 3.2 (2013): p.227-237.

BAUER. Martin W.; GASKELL. George. **Pesquisa Qualitativa com Texto: Imagem e Som: Um manual prático**. Edição 9, Petrópolis , RJ, Vozes, 2011.

BELLA, M. E. et al. **Hospitalización por trastornos mentales y consumo de sustancias en adolescentes argentinos, 2005-2006**. Rev. de Salud Pública, v. XVI, n. 2, p. 36-45, 2012.

BRAGA, C. P.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. **The continuity of psychiatric hospitalization of children and adolescents within the Brazilian Psychiatric Reform Scenario**. Interface (Botucatu). v. 19, n. 52, p. 53-44, 2015.

BERNARDES, A. **Potências no campo da saúde: o cuidado como potência ética, política e estética**. In: Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.36, p.175-190, jan./jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **Declarações das conferências de promoção da saúde**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas

com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde, Brasília – DF, Seção 1, p. 1-59, 13 de junho de 2013.

Fabiola Stolf Brzozowski; Sandra Noemi Cucurullo de Caponi. **Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2013, 33 (1), 208-221

CAMPOS et al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira**. Ciênc. Saúde coletiva. V. 16 n. 12, Rio de Janeiro, 2011.

CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias**. Rev Saúde Pública, v.30, n.3, p.285-93, 1996.

COSTA, R. P., **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções**. Rev Mental, ano V, n. 8, p. 107-124, Barbacena, jun. 2007.

CRASOVES, M.L.R., **O percurso da loucura em Santa Maria: comunidade – Instituição– sociedade**. Revista de Saúde Mental Coletiva, Bagé– RS, ano II, n.2, p. 47-50, 2005.

DIAZ, A. R. **Atenção à crise em saúde mental: clínica, planejamento e gestão**. 2013. 189 f (tese)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2013.

FAGUNDES, S. M. S. **Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde [dissertação]**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2006

FERNANDES, M. A. et al. **Interações medicamentosas entre psicofármacos em um serviço especializado de saúde mental**. Rev Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.5, n.1, p.9-15, Jan-Fev-Mar. 2012.

FOUCAULT M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, P.& ILLICH, Ivan. **Diálogo**. In: Seminário Invitación A Concientizar y Desescolarizar: Conversación permanente, Ginebra, 1974. Atas. Buenos Aires, Búsqueda Celadec., 1975.

Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF]. (2001). **Situação da infância Brasileira: desenvolvimento infantil – os primeiros seis anos de vida**. Brasília, DF: UNICEF. Recuperado em 15 de março, 2014, de <http://www.unicef.org/brazil/pt/>

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método II**. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Verdade e método**. Tradução de Flávio Paulo Meurer (revisão da tradução de Enio Paulo Giachini). 7. Ed. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista: EDUSF, 2005. (Coleção pensamento humano).

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization**. Interface – Comunic., Saude, Educ., 2014.

GREVET, E. H.; CORDIOLI, A.V; **Depressão maior e distímia algoritmo**. In: Cordioli A. V. *Psicofármacos: consulta rápida*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIOVARINO, M.B. **El rol de la justicia en las internaciones previstas en la Ley de Salud Mental**. Avances de su reglamentación 2013. eDial.com Biblioteca Jurídica, 30 ago. 2013. [Acceso el 20 out. 2014].

GUARIDO, R. **A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr., 2007.

JARDIM, K., DIMENSTEIN, M. **Risco e Crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica**. Psicologia em Revista v.13 n.1 Belo Horizonte, 2007.

KUPFER, M. C. M. **Educação para o futuro: psicanálise e educação**. São Paulo: Escuta, 2001.

MACHADO, A. M. **Avaliação psicológica na educação: mudanças necessárias**. Tanamachi, E. R.; Rocha, M. L.; Proença M. P. R. (Orgs.). *Psicologia e Educação: desafios teórico práticos* (pp. 143:167). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MAZZOTTI, A. J. A. **Fracasso Escolar: representações de professores e de alunos repetentes**. Anais da 26ª Reunião Anual da ANPEd (pp.1-17). Poços de Caldas: local onde foi realizado o encontro, 2003.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.



MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. – 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. São Paulo: Vozes (edição digital), 2011.

\_\_\_\_\_; GOMES. Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petropolis, RJ, Editora Vozes, 2009.

OLIVEIRA, G.L., CAIAFFA, W. T., CHERCHIGLIA, M. L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte. *Rev de Saúde Pública* p.42, Minas Gerais, 2008.

PEREIRA, M. E. C. **Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais**. *Ver. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* [online], v.12 n.1, pp. 161-166, 2009.

SILVA, L. R., et al. Desafios na construção de uma rede de atenção em saúde mental. *Rev Cogitare Enferm.*, v. 17 n. 4, p. 649, 2012.

SOARES, S.R.R. **Centro de atenção psicossocial: como o usuário vivencia o cotidiano do serviço**. Ribeirão Preto, 2005

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. C.. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental**. *Saúde em debate* vol.38 no.102 Rio de Janeiro July/Sept. 2014.

SURJUS, L. T. L. S., CAMPOS, R. T. O. **A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP\***. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, março 2011.

TESSER, C.D. **Medicalização Social e Atenção a Saúde no SUS**. Editora: HUCITEC, ed. 1, São Paulo, 2010.

TURATO, E. R. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2) 389-394, 2011.

Westphal, M.F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande paulista.** São Paulo, 1992. (Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo).

ZAMBENEDETTI, G; PERRONE, CM. **O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica.** Physis vol.18 no.2 Rio de Janeiro, 2008.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO DE TÓPICOS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL COM USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELO CAPSi.

Nome:	Data:
Sexo:	
Idade:	
Escolaridade:	
Tempo de acompanhamento no CAPSi:	

#### ROTEIRO A SER SEGUIDO

1. Como foi o seu processo de internação no hospital? Você participou desse processo? Se sim, conte como foi. Se não, de que maneira gostaria de ter participado mais ativamente?
2. Os profissionais do CAPSi participaram no processo da sua internação? E após? Relate de que forma isso ocorreu.
3. Durante quanto tempo você ficou internado (a) no hospital? Durante a internação você fez uso de medicação? Qual (is)?
4. Durante sua internação, você foi avaliado (a) por quais profissionais?
5. Qual (is) profissional você se sentiu mais próximo? Por quê?

6. Além do CAPSi, você utiliza outro dispositivo ou serviço de Saúde Mental?
7. Você faz uso de medicação atualmente? Sabe dizer quantas? Quais? Como essa medicação é administrada no seu dia a dia?
8. Você acha que necessita tomar remédio? Como você compreende a necessidade de uso de medicação na sua vida?

## ANEXOS

### ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título do projeto:** Medicalização da vida: a compreensão da rede de Saúde Mental infantil de Santa Maria sobre processo que lava a medicalização na infância.

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer

**Residentes Pesquisadoras:** Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

**Telefone:** (55) 3220.9584, (55) 32209678

**Local da coleta de dados:** Unidade de Internação hospitalar referência para crianças e adolescentes, profissionais no âmbito do judiciário (juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência) e professores da educação infantil pública.

Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa intitulada **MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: A COMPREENSÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DE SANTA MARIA SOBRE PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA** de autoria de Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques, residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no sistema público de saúde, sob orientação da Professora Doutora Ana Luiza Ferrer, que tem como objetivos: Compreender a percepção dos sujeitos e/ou familiares acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos que passaram por internação hospitalar psiquiátrica; Entender a percepção dos profissionais no âmbito do Judiciário, Juízes e Promotores de Justiça da Vara de Infância e Adolescência e Ministério Público, a respeito da medicalização na infância de crianças acompanhadas no CAPSi; Compreender a percepção dos professores que atuam na educação infantil pública, quanto ao processo da medicalização na educação de crianças, acompanhadas no CAPSi.

O estudo justifica-se pelo aumento do número de crianças encaminhadas e/ou que se encontram em tratamento medicamentoso no CAPSi, pela necessidade de se ampliar a relação entre a Saúde, Educação e Judiciário por meio de articulações intersetorias nos territórios e necessidade da construção de um novo modelo de Saúde mental a partir do uso de psicofármacos. Tendo como objetivo compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). Será realizada uma pesquisa de campo, baseada no método da hermenêutica, utilizando-se da técnica de grupo focal e entrevistas individuais para a construção de narrativas para uma análise posterior. Sua participação neste estudo consistirá em responder as perguntas das pesquisadoras acerca dos objetivos supracitados. Suas informações serão gravadas em um gravador digital, para que seja possível lhe dar mais atenção, não precisando anotar. Mas se você preferir, ele não será

utilizado. Após, as suas informações gravadas serão transcritas, por mim, de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados.

Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. No entanto, poderá ocorrer mobilização emocional, por lembrar fatos do seu cotidiano e da sua vivência. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e a situação será minimizada. As pesquisadoras também poderão orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da sua escolha.

Os benefícios que esperamos como estudo é que ele irá colaborar com a reorientação do planejamento das ações em serviço de saúde relacionados à Saúde Mental Infantil e contribuirá para melhoria contínua da qualidade do serviço prestado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita. A sua participação não acarretará em ônus ou gratificação financeira. Você tem total garantia de plena liberdade, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Em relação à devolução dos dados, o compromisso ético, político e social da pesquisadora na devolução dos resultados ocorrerão por meio da apresentação de trabalhos em eventos da área, bem como a publicação de artigos científicos em periódicos. Ressalta-se que, após a conclusão deste estudo, será realizada uma devolução dos resultados da pesquisa para os participantes por meio de um encontro coletivo ou individual, o qual corresponde ao segundo objetivo proposto pela pesquisa, combinado previamente com você.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

---

---

---

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador  
Responsável

Data

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 – E-mail: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br).

## ANEXO B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

**Título do projeto:** Medicalização da vida: a compreensão da rede de saúde mental infantil de Santa Maria sobre processo que lava a medicalização na infância.

**Pesquisador responsável:** Profa Dra Ana Luiza Ferrer

**Residentes Pesquisadoras:** Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

Telefone: (55) 3220.9584, (55) 32209678

**Coleta de dados:** com sujeitos acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, profissionais no âmbito do judiciário (juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência) e professores da educação infantil pública e privada.

Você está sendo convidado/a como voluntário para participar desta pesquisa intitulada **MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: A COMPREENSÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL INFANTIL DE SANTA MARIA SOBRE PROCESSO QUE LEVA A MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA** de autoria de Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques, residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no sistema público de saúde, sob orientação da Professora Doutora Ana Luiza Ferrer, que tem como objetivos: Compreender a percepção dos sujeitos e/ou familiares acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos que passaram por internação hospitalar psiquiátrica; Entender a percepção dos profissionais no âmbito do Judiciário, Juízes e Promotores de Justiça da Vara de Infância e Adolescência e Ministério Público, a respeito da medicalização na infância de crianças acompanhadas no CAPSi; Compreender a percepção dos professores que atuam na educação infantil pública, quanto ao processo da medicalização na educação de crianças.

Para participar deste estudo, o responsável por você precisa autorizar assinando um termo de autorização chamado Termo de Consentimento. Você não vai precisar pagar nada para participar e também não receberá nada pela sua participação nesta pesquisa. Você pode fazer qualquer pergunta se tiver alguma dúvida sobre sua participação, a qualquer hora, que será respondida. O responsável por você pode retirar a autorização ou não querer mais sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, ou seja, você participa se quiser, e o fato de você não querer participar não levará a qualquer castigo ou modificação na forma em que você será atendido. Seu nome será mantido em segredo, ou seja, só os pesquisadores saberão e não irão contar para mais ninguém. Este trabalho será sujeito a um

comitê de ética em pesquisa em seres humanos, sendo este integrado por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você entender que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com). Caso prefira, você entrar em contato sem se identificar. Você não será identificado em nenhuma publicação. Sua participação nesta pesquisa não apresenta risco nenhum para você. Você poderá saber os resultados da pesquisa, se quiser, quando ela acabar. Você só participará com a autorização do responsável por você. Suas informações utilizadas na pesquisa ficarão guardadas com a pessoa responsável pela pesquisa por cinco anos, e depois serão destruídas. Este termo tem duas cópias, sendo que uma cópia será guardada pelos pesquisadores, e a outra ficará com você.



## TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos deste trabalho de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei fazer novas perguntas, e o meu responsável poderá mudar a decisão de eu participar se ele quiser. Recebi uma cópia deste termo e me foi dada a chance de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Eu entendi que a pesquisa é sobre a compreensão do processo que leva a medicalização dos sujeitos envolvidos na rede de atenção em saúde mental da infância e adolescência. Também compreendi que fazer parte dessa pesquisa significa falar sobre minhas experiências durante o processo de internação psiquiátrica e dos processos de medicalização. Tendo a autorização do meu responsável já assinada, declaro que concordo em participar dessa pesquisa.

Assinatura da criança ou adolescente:

Assinatura dos pais/responsáveis:

Assinatura do pesquisador:

Data: ...../...../.....

## ANEXO C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

**Título do projeto:** Medicalização da vida: a compreensão da rede de Saúde Mental infantil de Santa Maria sobre processo que leva a medicalização na infância.

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer

**Residentes Pesquisadoras:** Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz e Nadianna Rosa Marques.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

**Telefone:** (55) 3220.9584, (55) 32209678

**Coleta de dados:** sujeitos e/ou familiares acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário (juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência) e professores da educação infantil pública.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de entrevista individual e de grupo focal, após serão devolvidos por meio de um encontro coletivo ou individual com os participantes. Para tanto, será utilizada uma sala previamente agendada em local acordado com os participantes da pesquisa. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e para compor um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em arquivo confidencial no computador por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Professora Dra Ana Luiza Ferrer, na Sala de professores e técnicos em educação, andar térreo do prédio 26 C. Armário da Profa. Ana Luiza Ferrer, localizada na Avenida Roraima, nº 1000, km 3. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., sob o número.....

Santa Maria, junho de 2015.

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Luiza Ferrer  
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

**ANEXO D – OFÍCIO AO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS)**

Sr. Rodrigo Silva Jardim  
Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS  
Santa Maria/RS

Assunto: Realização de Pesquisa.  
Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, dirijo-me a Vossa Senhoria, na intenção de solicitar permissão para desenvolver uma pesquisa referente ao serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência do município de Santa Maria/RS, que dará origem ao trabalho de conclusão de pós-graduação, o qual faz parte das exigências da Coordenadora do curso de Pós- Graduação da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental em Sistema Público de Saúde, do qual somos alunas pós-graduandas.

O objetivo geral é compreender o processo de medicalização dos sujeitos acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi) de Santa Maria/RS. A relevância do estudo está no fato do mesmo poder constituir-se em subsídio para os profissionais do serviço de saúde no conhecimento da realidade epidemiológica do território, da avaliação das práticas realizadas e possibilidade de se ampliar a relação entre a Saúde, Educação e Judiciário por meio de articulações intersetoriais.

A abordagem do estudo será uma pesquisa de campo, utilizando-se da técnica de grupo focal e entrevista individual para a construção de narrativas para uma análise posterior.

Como pesquisadora, assumo o compromisso de, tão logo a pesquisa esteja concluída, retornar os resultados para os participantes e para os gestores municipais.

As atividades acima referidas de coleta de dados serão desenvolvidas no ano de 2015, com início provável para o mês de junho e término em agosto de 2015.

Na certeza do deferimento desse pedido,

Atenciosamente

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Luiza Ferrer  
Professora do Departamento de Terapia Ocupacional UFSM

**ANEXO E - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA ADOLESCÊNCIA- CAPSi**

Vimos por meio deste informar que o projeto intitulado **Medicalização da vida: A compreensão da rede de Saúde Mental Infantil de Santa Maria sobre o processo que leva a medicalização na infância**, de autoria das residentes, Larissa Gomes Bonilha, Marcela Cardoso Nemitz, Nadianna Rosa Marques, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e sob orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Ana Luiza Ferrer, poderá ser desenvolvido junto ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência- CAPSi "O Equilibrista", mediante aprovação do comitê de Ética e pesquisa com Seres Humanos – CEP da UFSM.

A pesquisa tem por objetivos **Compreender a percepção dos usuários acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), a respeito do processo de medicalização dos sujeitos e/ou familiares que passaram por internação hospitalar psiquiátrica**, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos professores que atuam na educação infantil pública a respeito do processo de medicalização de crianças e adolescentes acompanhados no CAPSi;

Os participantes do estudo serão os sujeitos acompanhados pelo CAPSi que passaram por internação hospitalar psiquiátrica, profissionais no âmbito do judiciário, juízes e promotores de justiça da Vara de Infância e Adolescência e dos professores que atuam na educação infantil pública. A coleta de dados será realizada através de entrevistas semiestruturadas as quais serão gravadas em áudio.

**Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.**

O retorno dos dados coletados será oportunizado em encontros coletivos ou individuais, dependendo de sua disponibilidade, e combinados previamente.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora e pelas residentes, através dos contatos: (55) 3220.9584, (55) 32209678

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, maio de 2015.

---

Marta Lisandra Machado  
Coordenadora do CAPSi- "O Equilibrista"