

Percepção de melhora de adolescentes atendidos em um serviço de saúde mental infanto-juvenil: pesquisa avaliativa

Perception of improvement in adolescents treated at a mental health service for children and adolescents: an evaluative research

Carolina Toralles Piedade¹
Israel Augusto José de Faria Batista²
Ângela Maria Rosas Cardoso³

RESUMO

Objetivo: Avaliar percepção de familiares sobre adolescentes atendidos em serviço de saúde mental infantojuvenil.

Método: Estudo transversal, com questionário sociodemográfico e Escala de Mudança Percebida – Versão do Familiar, aplicado a 100 familiares.

Resultados: Maioria mulheres (85%), 41 a 50 anos (40%), renda familiar até 2 salários-mínimos (36%), filhos > 14 anos (65%), atendidos há >12 meses (55%), atendimento multiprofissional (56%). Percepção geral de melhora (98%): problemas pessoais (78%), convivência familiar (70%), interesse em trabalhar (66%), autoconfiança (63%) e estabilidade emocional (63%).

Conclusão: Percepção de efetividade do tratamento.

Palavras-chave: Saúde mental; pesquisa sobre serviços de saúde; família; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the consciousness of family members on the improvement of adolescents treated in a specialized mental health service.

Methods: Cross-sectional study, with sociodemographic survey and the Perceived Change Scale – Family Version, involving 100 relatives.

Results: Most women (85%), aged 41 to 50 years (40%), family income up to two minimum wages (36%), children > 14 years (65%), have attended the service for more than 12 months (55%), multiprofessional treatment (56%). Sense of improvement (98%): personal issues (78%), family interaction (70%), interest in working (66%), self-confidence (63%) and emotional stability (63%).

Conclusion: Sensed of treatment effectiveness.

Keywords: Mental health; health services research; family; adolescent.

¹ Enfermeira, Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil, carolinatoralles.enf@gmail.com

² Enfermeiro, Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil, aug.israel.batista@gmail.com

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Docente do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, angela.cardoso@escs.edu.br, Endereço: ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde – Quadra 301 Conjunto 4 Lote 01 – Centro urbano – Samambaia Sul, Brasília, DF, CEP: 72.300-537.

Recebido: 24/01/20
Aceito: 23/02/21

INTRODUÇÃO

Estudos evidenciam a magnitude do adoecimento mental na infância e adolescência no Brasil e no mundo. Polanczyk et al.¹ apontam a prevalência global de 13,4% de transtornos mentais nessa população, sendo os mais comuns os Transtornos Ansiosos (6,5%), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (3,4%), o Transtorno Opositor Desafiante (3,6%) e os Transtornos Depressivos (2,6%).

Em um estudo de coorte no Brasil, Maison et al.² (2018) constataram a prevalência de 13,2% e 11,3%, segundo os critérios do DSM-5 e CID-10, respectivamente, sendo mais frequentes os Transtornos Ansiosos (4,3%), TDAH (4,0%), Transtornos do Humor (1,2%) e Transtornos Depressivos (3,0%). Os autores identificaram maiores chances de qualquer transtorno psiquiátrico associado às mães com baixa escolaridade, tabagistas na gestação e com sintomas de depressão durante a gravidez ou nos primeiros anos de vida do adolescente, assim como o sexo masculino, teste de apgar < 7 aos 5 minutos de nascimento e prematuridade.

Entre outros fatores de risco para o desenvolvimento ou manutenção de agravos relacionados à saúde mental citados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estão as condições de pobreza, o estigma, a discriminação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a desarticulação das ações intersetoriais e em rede e a ausência de políticas públicas que garantam o suporte à família³.

O transtorno mental na adolescência demanda da família um investimento maior de tempo para participação em atendimentos em serviços de saúde, supervisão e monitoramento das atividades diárias⁴. Também possui um papel importante no compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado, na adesão ao tratamento e na permanência do usuário no serviço.

No caminho para o cuidado à criança, ao adolescente e a suas famílias, aponta-se o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental com a publicação da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e propôs a organização dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetiva, por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, com a garantia

do acesso universal, ofertando cuidado integral com qualidade e assistência multiprofissional⁵. A RAPS preconiza a integração da família ao serviço, com o objetivo de ampliar a rede de cuidado ao paciente com transtorno mental, fortalecendo o vínculo entre usuário, família e serviço e, ainda, apoiando a família no entendimento da condição do paciente e na melhora do convívio familiar⁵.

A partir do fortalecimento da rede de assistência para o cuidado às pessoas com adoecimento mental na perspectiva psicossocial, que priorizou a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, a família foi incluída e valorizada como parceira essencial no cuidado da pessoa em sofrimento mental. No entanto, esse papel exigido da família no cuidado, especialmente da criança e do adolescente, muitas vezes ocorre sem o suporte adequado ao manejo das dificuldades decorrentes das alterações apresentadas, entre elas as situações de crise, conflitos familiares, isolamento social dos filhos e comportamentos violentos.

Nesse contexto, Couto e Delgado⁶ reforçam que os serviços de saúde mental infanto-juvenil devem assumir uma função social que deve se traduzir em ações de acolhimento, escuta, cuidado e melhora da qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, considerando a integralidade e as singularidades de cada sujeito.

Novas discussões para reorganização da assistência para pessoas com transtorno mental foram realizadas a partir da publicação da Portaria nº 3.588, de 2017, que incluiu como componente de assistência na RAPS o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental⁷. O ambulatório tem sido amplamente questionado por estudiosos e militantes da reforma psiquiátrica por compreenderem que ele mantém a lógica de atendimento centrada no profissional e na terapia medicamentosa⁸, bem como que o incentivo à implementação dos ambulatórios para quadros menos graves é realizado em detrimento do matriciamento das equipes da saúde da família⁹. Esses aspectos contrariam o preconizado na Lei nº 10.216, de 2001, e na Portaria 3088, de 2011, que fortalecem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo regulador da atenção à saúde mental, o cuidado de base comunitária e territorial e, também, a atenção primária.

No entanto, Damous e Erlich¹⁰ destacam que o fortalecimento da rede com o ambulatório mul-

tiprofissional possibilita a esses serviços ampliar a assistência e consolidar os grupos terapêuticos e a integração entre serviço, usuário e família. Segundo os autores, tais componentes fazem parte da rede de atenção secundária à saúde, tendo como proposta o atendimento especializado, continuado e resolutivo, direcionado a uma clientela intermediária entre a Estratégia de Saúde da Família e o CAPS.

Cardozo e Monteiro¹¹ reforçam o ambulatório como importante dispositivo da RAPS, desde que seja sustentado com práticas acolhedoras e em consonância com o preconizado na Lei nº 10.216, de 2001, com atividades terapêuticas diversas, equipe multiprofissional, reuniões para discussão de casos clínicos e intervenções, fortalecendo as ações intersetoriais e em rede. Esses autores também destacam que “o ambulatório de saúde mental tem uma função e um lugar que não pode ser ocupado pela Atenção Básica ou pelos CAPSs, assim como, o ambulatório não deve se apropriar dos lugares desses serviços” (p. 41).

Nesse contexto, ressalta-se a importância do processo de avaliação para identificar a efetividade das ações desenvolvidas, visando ao aprimoramento, à resolutividade e ao suporte necessário aos familiares para o cuidado ao adolescente com transtorno mental. Nesse sentido, a Escala de Mudança Percebida (EMP) na versão do familiar, adaptada para o Brasil por Bandeira, Felício e Cesari¹², ganhou destaque, pois possibilita avaliar as mudanças percebidas pelos familiares em diferentes dimensões da vida do paciente em decorrência do tratamento recebido.

Portanto, considerando a escassez de estudos avaliativos no contexto analisado, este estudo pretende avaliar a percepção, por parte dos familiares, de melhora dos adolescentes inseridos em um serviço ambulatorial especializado de saúde mental infantojuvenil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de quantitativo, transversal e descritivo, realizado em um serviço ambulatorial especializado de saúde mental infantojuvenil da Atenção Secundária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), denominado Adolescente.

O Adolescente é um serviço especializado de saúde mental infantojuvenil da Atenção Secun-

dária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, responsável por atender adolescentes de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias, com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas, na modalidade Ambulatório. Esse serviço tem como objetivo atender integralmente à saúde do adolescente e sua família por meio de equipe multiprofissional e transdisciplinar, com base na Abordagem Biopsicossocial, de acordo com o referencial da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

A amostra de conveniência foi constituída por adultos maiores de 18 anos, responsáveis por adolescentes de 12 a 17 anos em acompanhamento no serviço pelo período mínimo de seis meses a partir da primeira consulta médica. Foi entrevistado apenas um familiar de cada adolescente. Os responsáveis foram abordados na sala de espera e convidados a participar da pesquisa, no momento em que aguardavam a consulta. Foi explicado aos responsáveis o objetivo da pesquisa, e informado que não havia obrigatoriedade em participar e nem a pesquisa causaria prejuízo no atendimento no serviço. Ao concordarem em participar, foi fornecido a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após o preenchimento daquele formulário, foi feita a coleta de dados. Os instrumentos foram aplicados por dois pesquisadores em um local protegido e individualizado. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2017 e novembro de 2018, de acordo com a disponibilidade dos pesquisadores, atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo.

Para a pesquisa, foi utilizada a Escala de Mudança Percebida (EMP) - Versão Familiar¹². Essa escala contempla 19 itens, e 18 deles estão agrupados em quatro subescalas ou domínios: “Ocupação”, “Aspectos Psicológicos”, “Relacionamentos” e “Saúde física”. Um item avalia a percepção geral do familiar sobre o tratamento recebido pelo paciente, desde que iniciou o tratamento psiquiátrico na instituição do estudo. A subescala “ocupação” é composta por cinco itens, nos quais são avaliados a capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões, o interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma atividade, a realização de tarefas, a energia e as atividades de lazer do adolescente. A subescala “aspectos psicológicos” compreende seis itens, que abordam a percepção familiar quanto aos sentimentos de confiança do adolescente em si mesmo, o interesse pela vida, a

estabilidade das emoções, os problemas pessoais, o humor e a capacidade de suportar situações difíceis. A terceira subescala, “relacionamentos”, aborda a percepção familiar em três itens, todos atinentes à avaliação da convivência: em relação à família, aos amigos e a outras pessoas. A quarta subescala, “saúde”, compreende quatro itens, que abordam os aspectos relacionados à saúde de uma forma geral, o que inclui o apetite, o sono, a saúde física e a sexualidade. Os aspectos de cada subescala se subdividem em alternativas de resposta, dispostas em escala tipo Likert de três pontos, sendo (1) pior que antes, (2) sem mudança e (3) melhor que antes¹².

Também foi utilizado um questionário desenvolvido pelos próprios pesquisadores, que incluía questões sociodemográficas e clínicas, entre elas: a idade do adolescente e do responsável participante do estudo, o estado civil e a renda familiar do responsável, o diagnóstico do adolescente informado pelo responsável, o tempo de tratamento conforme informações do cartão do serviço de saúde e as especialidades dos profissionais que atendiam ao adolescente e à família e o motivo da procura pelo serviço. A questão relacionada ao diagnóstico do adolescente segundo relatos dos responsáveis, compreendia os itens, TDAH, depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, violência sexual, deficiência intelectual, transtorno do espectro autista, dificuldade de aprendizagem, esquizofrenia, obesidade e um campo denominado de outros.

Em relação aos diagnósticos dos adolescentes, relatados pelos familiares, ressalta-se que eles foram tabulados posteriormente, conforme a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5)¹³. Também foram tabuladas “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica”, segundo o DSM-5, como “Abuso Sexual Infantil”. As condições clínicas ou demais dificuldades que não podem ser categorizadas segundo o DSM-5 foram descritas como “Outros”, entre elas, a dificuldade de aprendizagem e a epilepsia. O item “Desconhecido” foi utilizado quando o diagnóstico do adolescente não era conhecido pelo responsável ou ainda estava em avaliação diagnóstica.

Os dados referentes ao local de moradia foram tabulados conforme a Região de Saúde do Distrito Federal e as cidades da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), a fim de identificar a organização e

ordenamento da RAPS. De acordo com o portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), as regiões de saúde foram criadas obedecendo à territorialização no Distrito Federal e, assim, o território foi dividido em sete regiões de saúde, sendo elas: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste. (<http://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>).

Os dados coletados foram computados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13.0. Foi realizada análise descritiva simples das respostas oferecidas, tanto das variáveis sociodemográficas quanto dos itens da EMP referentes às respostas de melhora, piora e ausência de mudança.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), sob o número 2.080.032, conforme a Resolução nº 466, de 2012.

RESULTADOS

Os resultados referentes às características sociodemográficas dos familiares estão dispostos na Tabela 1. Destaca-se que a maioria é do sexo feminino (85%), mães (76%), idade entre 41 e 50 anos de idade (40%) e com ensino médio completo (39%). Quanto às condições socioeconômicas, a maior parte possuía renda familiar de um a dois salários-mínimos (36%) e não recebia qualquer benefício social (83%). Os adolescentes atendidos no serviço eram, na maioria, do sexo feminino (58%) e maiores de 14 anos de idade (65%).

Ao se observar os locais de moradia dos participantes, percebe-se que 22% residem na região de saúde Sudoeste, seguidos pela região Centro-Sul, com 15%, e pelas regiões Sul e Central, ambas com 13%. As regiões Oeste, Leste e Norte obtiveram menores índices, com 11%, 9% e 7%, respectivamente. A Região Administrativa (RA) que apresentou maior quantitativo de indivíduos foi a de Ceilândia, pertencente à região de saúde Oeste, com nove famílias no serviço, seguida de Taguatinga e Samambaia, ambas pertencentes à região Sudoeste, com oito e sete famílias, respectivamente.

No que diz respeito ao motivo de procura pelo serviço, ressalta-se que 48% dos adolescentes tinham chegado ao serviço por procura da própria

família e 38% haviam sido encaminhados pela escola. As condições clínicas são apresentadas na Tabela 2, sendo que, o diagnóstico de TDAH apresentou maior prevalência (26%), seguido pelos Transtornos Depressivos (20%) e Transtornos de Ansiedade (10%). As respostas de não sabe o diagnóstico corresponderam a 10%. Entre os principais diagnósticos encontrados, foi identificada a maior prevalência de TDAH em pacientes do sexo masculino (13,79%) e Transtornos Depressivos (15,52%) em pacientes do sexo feminino. Entre os principais tipos de atendimento oferecidos pelo serviço destaca-se que 56% estavam em atendimento multiprofissional individual e grupo, incluindo, médico/a (clínico, psiquiatra, neurologista), enfermeira, assistente social, psicólogas, nutricionista e terapeuta ocupacional.

Os resultados da escala EMP-Versão Familiar são apresentados na Tabela 3, a qual aponta que 98% dos familiares têm uma percepção geral de melhora. Quanto aos aspectos específicos, ressaltam-se os itens apontados no domínio ocupação, como “sem mudança percebida”, a energia (54%) e as tarefas de casa (51%). Dentre os resultados de “melhora”, os mais relevantes são: capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões (56%) e interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma atividade (66%). O aspecto “atividades de lazer” obteve os mesmos resultados, tanto no quesito de “melhora” quanto na percepção “sem mudança”.

Quanto ao domínio “aspectos psicológicos”, o item com maior percentual de “melhora” é o item problemas pessoais (78%), seguido de estabilidade de emoções e sentimento de confiança em si próprio (63%). O domínio “relacionamentos” registra como aspectos com maior percentual de “melhora” a convivência com a família (70%) e a estabilidade das emoções (63%). Sobre o domínio “aspectos saúde física”, o apetite foi o item que recebeu o maior percentual de “pior do que antes” (12%), enquanto no item “sem mudança” sobressaiu a sexualidade (60%). Nessa escala encontra-se o maior percentual de itens citados como “sem mudança” pelos familiares entre todos os domínios.

DISCUSSÃO

O fortalecimento dos ambulatórios especializados, com a inserção gradual de diferentes especialidades, visa favorecer a ampliação da assistência na perspectiva interdisciplinar e integral ao adolescente e sua família. No entanto, entre os familiares de adolescentes que participaram do

estudo, apenas 56% relataram que o/a adolescente estava em atendimento com equipe multiprofissional, incluindo atendimento individual e em grupos aos adolescentes e suas famílias com psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros. Esse aspecto aponta para a necessidade de ampliação da atenção ao adolescente e da disponibilização dos recursos terapêuticos do serviço para o cuidado multiprofissional, favorecendo a integralidade da assistência e a efetivação da perspectiva psicossocial, conforme preconizado pela Lei nº 10.216, de 2001 e a Portaria nº 3088, de 2011⁵.

Entre os responsáveis por adolescentes que frequentam o ambulatório, houve maior prevalência de familiares do sexo feminino (85%), em consonância com outros estudos¹⁴, sendo que 76% eram mães. Atualmente, a mulher tem conquistado maior espaço no mercado de trabalho, pela necessidade de complementar a renda familiar, mas ainda são as maiores responsáveis pelas obrigações domésticas e pelo cuidado com os filhos¹⁵. Nesse contexto, a jornada extensiva de trabalho, sem uma adequada rede de apoio e a participação efetiva do homem no cuidado, prejudica a qualidade do tempo da família dedicado aos cuidados dos filhos, incluindo a supervisão e o monitoramento adequado das suas atividades e favorece, ainda, a sobrecarga física e mental.

Na amostra deste estudo, 39% dos responsáveis possuíam o ensino médio e 25% o ensino superior completo. No entanto, esse aspecto não favoreceu maiores condições de emprego e renda familiar, visto que 19% recebiam menos de um salário-mínimo e 36% entre um e dois salários-mínimos. A distância entre o local de moradia e o serviço de saúde pode constituir uma barreira para o acesso aos serviços, em razão do impacto financeiro pelo custo do deslocamento, tendo em vista que as famílias, em sua maioria, possuem baixo nível socioeconômico. Esse fato evidencia a maior vulnerabilidade social e dificuldades quanto à adesão ao tratamento em uma região central do Distrito Federal, o que pode diminuir a efetividade e a resolutividade do tratamento.

Esses aspectos também apontam para a importância da proteção social das famílias de crianças e adolescentes assistidas nos dispositivos da RAPS, estabelecendo um olhar diferenciado e requerendo uma resposta mais efetiva do Estado diante das necessidades daquela população. A situação de pobreza, as desigualdades e iniquidades

sociais, a baixa qualificação para o trabalho e a remuneração ínfima colocam essas famílias em situação de maior suscetibilidade aos processos de adoecimento¹⁶.

Souza e Silva¹⁷ ressaltam a multidimensionalidade e um duplo sentido do conceito atribuído à pobreza: um que abarca as condições de baixo desenvolvimento do local onde residem, reduzindo o acesso às condições básicas de existência, e outro, com raízes nas características demográficas e nas limitações do capital humano e financeiro das famílias, que prejudicam a capacidade de elevação da renda familiar. Portanto, não podemos identificar a pobreza apenas como escassez de renda, mas também como privação das capacidades básicas para o desenvolvimento. Nesse sentido, a efetivação de políticas de proteção à família visa favorecer aos seus responsáveis a possibilidade de cuidado aos seus filhos adolescentes em sofrimento mental.

Entre os transtornos mentais mais prevalentes na amostra foi registrado o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, seguido por Transtornos Depressivos e os Transtornos de Ansiedade. Esses dados estão em consonância com dados nacionais e mundiais, que apontam a maior prevalência desses diagnósticos na infância e adolescência¹⁻³. A convivência familiar sofre mudanças e pode ser prejudicada com a descoberta de um diagnóstico de transtorno mental, em face da necessidade de readaptação da rotina e de hábitos familiares. Além disso, verificam-se estigmas e discriminação relacionados ao adoecimento mental, sendo necessário que esses aspectos sejam abordados pelos profissionais, visando diminuir a sobrecarga do cuidador.

Outro aspecto que possui grande impacto na convivência familiar é a dificuldade de lidar com os problemas de comportamento e os conflitos no relacionamento entre os familiares⁴. Buriola et al.⁴ também ressaltam as dificuldades relacionadas aos comportamentos problemáticos como fatores que mais afetam os familiares e cuidadores, refletindo diretamente na sobrecarga das famílias. Diante disso, ressalta-se que esse estudo evidenciou melhora percebida pelos familiares nos itens relacionados ao domínio relacionamentos e aspectos psicológicos.

Entre os fatores de procura pelo tratamento em serviços especializados de saúde mental, Viégas, Freire e Bomfim¹⁸ apontam que as dificuldades de

aprendizagem e problemas de comportamento são os motivos de encaminhamentos realizados pelas escolas, sendo encontrado nessa amostra como o segundo aspecto de encaminhamento após a demanda espontânea.

O item de avaliação geral obteve o maior número de respostas “melhor do que antes”, o que está em consonância com o estudo de Costa et al.¹⁹. Esses aspectos de percepção de melhora pelos familiares podem fortalecer e aumentar a capacidade de enfrentamento diante das adversidades das dificuldades com os filhos na adolescência, bem como melhorar a qualidade de vida dos cuidadores ao estabelecer relações familiares mais harmoniosas e saudáveis, configurando-se como fator de proteção.

Ressalta-se a importância da abordagem profissional adequada às famílias para o enfrentamento das dificuldades advindas dos sofrimentos psíquicos dos filhos e daquelas cotidianas, no convívio familiar e social, bem como a oferta de grupos de apoio para suporte aos sentimentos dos familiares devido à sobrecarga dos responsáveis, em sua maioria mulheres, a desesperança, o esgotamento físico e emocional e a vivência do estigma intra e extrafamiliar^{4,20}. Nesse sentido, destaca-se diferentes maneiras de se ofertar esse apoio e que incluem oferecimento de acolhimento, escutas regulares e periódicas, grupos de orientação aos familiares e grupos de cuidado aos cuidadores.

A identificação de aspectos relacionados à percepção de melhora pelos familiares dos usuários de saúde mental acerca do tratamento, objetivo deste estudo, poderá contribuir para a avaliação da assistência à saúde e da resolutividade das ações e propostas para a redução do sofrimento psíquico e relações familiares.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste estudo permitiram conhecer as condições sociodemográficas dos familiares dos adolescentes inseridos em um serviço ambulatorial especializado em saúde mental e descrever a percepção de melhora pelos familiares dos adolescentes, identificando as principais áreas associadas às mudanças. No entanto, estudos que utilizem a EMP-Versão Familiar são escassos no contexto brasileiro, dificultando a comparação dos dados encontrados, o que aponta a necessidade de realização de mais estudos voltados

para percepção dos familiares nos diversos dispositivos da RAPS, especialmente aqueles que atendem ao público infantojuvenil. Esse fato reforça a necessidade de ampliar a avaliação dos tratamentos em serviços públicos de saúde, ao apontar a sua importância como indicador de qualidade, favorecendo a resolutividade das ações para a garantia do desenvolvimento saudável, às crianças e adolescentes.

Além da escassez de estudos com base na EMP-Versão Familiar, registram-se outras limitações para uma perfeita análise do problema, as quais incluem a dificuldade de compreensão de alguns itens da escala pelos familiares, como sexualidade e humor. Outras limitações incluem o tamanho da amostra, a ausência da avaliação dos medicamentos em uso e da sua regularidade.

À vista dessas considerações, sugere-se a realização de mais pesquisas na área, utilizando-se o mesmo instrumento de coleta de dados, EMP-Versão Familiar, e comparando-se os dados entre a versão do familiar e a do adolescente. Com isso, poder-se-á alcançar maior aprofundamento sobre o tema e, também, instrumentos que também avaliem a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental.

Por fim, destaca-se a importância do uso de estratégias para a avaliação de tratamento, como a escala utilizada neste estudo, como parte de um processo contínuo na assistência aos usuários, possibilitando identificar os aspectos a serem aperfeiçoados ou reforçados, a fim de favorecer melhores práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(3):345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.
2. Maison CL, Munhos TN, Santos IS, Anselmi L, Barros FC, Matijasevich A. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004, Pelotas (Brazil), birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2018);53:685–697. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1516-z>.
3. OPAS. Organização Mundial da Saúde/ Organização Panamericana de Saúde. Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839.
4. Buriola AA, et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá - Paraná. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2016; 20(2): 344-351. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160047>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, ál-

- cool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, seção 1, 2011. Disponível em : http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 15 fev 2021.
6. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia e Clínica*. 2015; 27(1):17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, p. 23-36, 2017. Disponível em : https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html . Acesso em 15 fev 2021.
 8. Nunes MO, Lima Júnior JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(12):4489-4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.
 9. Mezza M, Torrenté MON. A reforma psiquiátrica brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. *Saúde em Debate*. 2020;44(n.esp 3):235-49. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/41/v.%2044%2C%20n.%20ESPECIAL%203>. Acesso em 03 fev 2021.
 10. Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*. 2017;27(4): 911-932. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400004>.
 11. Cardozo TB, Monteiro RAP. Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O Ambulatório de Saúde Mental como Serviço de Tratamento. *Revista Psicologia e Saúde*. 2020; 12(2): 31-44. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
 12. Bandeira M, Felício CM, Cesari L. Validação da Escala de Percepção de Mudanças pelos familiares como medida de resultado do tratamento em serviços de saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(3): 283-287. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000010>.
 13. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.
 14. Daltro MCSL, Moraes JC, Marsiglia RG. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. *Saúde e sociedade*. 2018;27(2): 544-555. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018156194>.
 15. Amaral GA, Vieira A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. *Saúde e sociedade*. 2013;22(2): 403-414. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200012>.
 16. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20(5):[09 telas]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_16.pdf. Acesso em 15 fev 2021.
 17. Souza MID, Silva MRF. Pobreza, desigualdade social e território: ambiência de atuação da política pública de Assistência Social. *Emancipação*. 2019;19(2):1-17. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/10954/209209211350>. Acesso em 15 fev 2021.
 18. Viégas LS, Freire KES, Bomfim FB. Atendimento a queixa escolar nos serviços públicos de saúde mental da Bahia. *Revista Psicologia Escolar e Educacional*. 2018;22(1):133-140. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018013260>.
 19. Costa CS, Bandeira M, Cavalcanti RLA, Scalon JD. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(5):995-1007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500017> .
 20. Vicente JB, Marcon SS, Higgarashi IH. Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2016; 25(1):e0370014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>.

APÊNDICE**Tabela 1****Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis sociodemográficas da população do estudo. Brasília, 2017-2018.**

Variáveis	Freq.	%
Sexo (Adolescentes)		
Feminino	58	58
Masculino	42	42
Idade		
Até 14	35	35
> 14	65	65
Sexo (Responsáveis)		
Feminino	85	85
Masculino	15	15
Idade do responsável		
21-40	39	39
41-50	40	40
51-60	16	16
60 ou +	5	5
Parentesco		
Mãe	76	76
Pai	11	11
Tios	2	2
Avos	6	6
Padrasto/ madrasta	2	2
Outros	3	3
Estado civil		
Solteiro (a)	35	35
Casado (a)	45	45
Viúvo (a)	4	4
União estável	9	9
Divorciado	7	7
Escolaridade		
Alfabetizado	3	3
Até o 5º ano do EF	10	10
6º ao 9º ano do EF	11	11
Ensino Médio Incompleto	12	12
Ensino Médio Completo	39	39
Ensino Superior Completo	25	25
Benefício social		
Bolsa Família	12	12
Passe Livre Urbano/Interestadual	4	4
Benefício de Prestação Continuada (deficientes/idosos)	1	1
Nenhum	83	83
Renda familiar		
Até 1 SM	19	19
1 a 2 SM	36	36
2 a 3 SM	14	14
3 a 4 SM	16	16
> 4 SM	15	15
Região de saúde		
Região Central	13	13
Região Centro-Sul	15	15
Região Norte	7	7
Região Sul	13	13
Região Leste	9	9
Região Oeste	11	11
Região Sudoeste	22	22
RIDE	10	10
Motivo de procura pelo serviço		
Demanda espontânea da família	48	48
Encaminhados pela Escola	38	38
Encaminhamos de outro serviço de saúde	10	10
Encaminhados pelo Conselho Tutelar	04	04

Tabela 2**Condições clínicas e dados relacionados aos atendimentos informados pelos familiares. Brasília, 2017-2018.**

Variáveis	Freq.	%
Tempo de atendimento		
6 a 12 meses	45	45
12 a 24 meses	21	21
Mais de 24 meses	34	34
Tipo de Atendimento		
Médico	44	44
Multiprofissional (consultas individuais)	42	42
Multiprofissional (consultas individuais e grupos terapêuticos)	07	07
Multiprofissional (grupos terapêuticos)	07	07
Diagnóstico informado pelo familiar segundo os critérios do DSM-V		
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	26	26
Transtornos Depressivos	20	20
Transtornos de Ansiedade	10	10
Deficiências Intelectuais	7	7
Transtorno do Espectro Autista	4	4
Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	2	2
Transtorno Bipolar	2	2
Transtorno Obsessivo Compulsivo e transtornos relacionados	1	1
Tricotilomania	2	2
Outras condições que podem ter foco da atenção clínica segundo os critérios do DSM-V		
Abuso sexual infantil	6	6
Outras condições não classificadas segundo o DSM-V		
Dificuldades de Aprendizagem	7	7
Epilepsia	3	3
Não sabe ou não concluiu avaliação diagnóstica	10	10
TOTAL	100	100

Tabela 3**Frequências absolutas (n) das variáveis da EMP – Versão Familiar. Brasília, 2017-2018.**

Subescala/ Domínio	Item/fator	Piora	Sem Mudança	Melhora
Ocupação	Tarefas de casa	5	51	44
	Capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões	2	42	56
	Energia	7	54	39
	Atividades de lazer	2	49	49
	Interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma atividade	2	32	66
Aspectos psicológicos	Capacidade de suportar situações difíceis	4	40	56
	Humor	5	34	61
	Estabilidade das emoções	2	35	63
	Sentimento de confiança em si próprio	2	35	63
	Problemas pessoais	2	20	78
	Sentimento de interesse pela vida	2	41	57
Relacionamentos	Convivência com a família	1	29	70
	Convivência com os amigos	1	49	50
	Convivência com outras pessoas	4	45	51
Saúde física	Apetite	12	55	33
	Sono	9	54	37
	Saúde física	2	55	42
	Sexualidade	1	60	39
Impressão geral		0	2	98