



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Pós Graduação em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente**

**Terapia de Exposição Narrativa (NET):
estudo de avaliabilidade em dois serviços de saúde
no município do Rio de Janeiro**

Fernanda Couto Catarino

Rio de Janeiro

Março de 2020



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Pós Graduação em Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente**

**Terapia de Exposição Narrativa (NET):
estudo de avaliabilidade em dois serviços de saúde
no município do Rio de Janeiro**

Fernanda Couto Catarino

Dissertação apresentada à Pós
graduação em Saúde da Criança e da
Mulher (PGSCM) como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadoras: Simone Gonçalves de Assis & Fernanda Serpeloni

Rio de Janeiro
Março de 2020

FICHA CATALOGRÁFICA**CIP - Catalogação na Publicação**

Catarino, Fernanda Couto.

Terapia de Exposição Narrativa (NET): estudo de avaliabilidade em dois serviços de saúde no município do Rio de Janeiro / Fernanda Couto Catarino. - Rio de Janeiro, 2020.

109 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientadora: Simone Gonçalves de Assis.

Co-orientadora: Fernanda Serpeloni.

Bibliografia: f. 95-100

1. TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO. 2. Terapia de Exposição Narrativa. 3. Estudo de Avaliabilidade. 4. Atenção Primária a Saúde. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, levo meus agradecimentos à Deus e a todas as energias que regem esse mundo.

À Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em especial a equipe do CLAVES e da Pós-graduação da Saúde da Criança e da Mulher (PGSCM) do Instituto Fernandes Figueira (IFF) por fazerem parte da minha formação e terem me recebido sempre dispostos a auxiliar, tirar dúvidas e acolher as dúvidas e ansiedades.

Às minhas orientadoras Simone Gonçalves de Assis e Fernanda Serpeloni que com tranquilidade, sabedoria e confiança me conduziram nesse percurso tão árduo e gratificante.

Também gostaria de agradecer às Prof. Dra. Marly Cruz e a Prof. Dra. Joviana Avanci por terem aceito o convite para compor a banca e participar desta etapa tão importante.

Além disso gostaria de agradecer a toda a equipe do projeto NET, a equipe de gestão, os terapeutas, a equipe diagnóstica que tanto contribuíram para a realização deste estudo

Não podia deixar de agradecer a todas as minhas colegas de turma de mestrado, que junto comigo aceitaram esse desafio. Cada uma seguindo seus projetos e pesquisas não deixaram de compartilhar as alegrias e dificuldades do caminho.

Como também as minhas amigas da vida, minhas estrelas, que mesmo longe estão sempre me dando força e compreendendo minhas ausências nesse período.

A todas as minhas colegas de trabalho da Escola Municipal Pedro Alves de Araújo -Itaboraí e dos serviços que passei em Araruama que me deram apoio nas atividades do dia a dia e me impulsionaram e incentivaram a não desistir e seguir em frente.

À minha família que sempre me apoiou e me deu oportunidade de chegar até aqui. Principalmente aos meus pais Fernando e Regina, ao meu irmão Vinícius, por ouvir meus desabafos e ao meu companheiro Igor, que esteve ao lado todo esse tempo, me dando broncas quando precisava e pela compreensão pelas horas e dias de escrita. Sem vocês nada teria sentido.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadros

Quadro 1. Visão geral dos elementos terapêuticos da NET -----	26
Quadro 2. Etapas de estudos de avaliabilidade. Comparações segundo autores -----	36
Quadro 3. Perfil dos integrantes da equipe diagnóstica do projeto piloto NET -----	54
Quadro 4. Programação do treinamento para entrevistas clínicas diagnósticas. NET- RJ -----	57
Quadro 5. Perfil dos profissionais treinados em terapia NET/RJ -----	57
Quadro 6. Cronograma do treinamento NET/RJ-----	58

Tabelas

Tabela 1. Resultados de estudos clínicos em diversos países -----	26
Tabela 2. Número de entrevistas diagnósticas realizadas por Centro de Saúde, total e por sexo do paciente e número de entrevistas que participam do estudo piloto. Junho de 2018 a outubro de 2019. -----	69
Tabela 3. Terapias NET finalizadas e follow-up até outubro de 2019 do estudo piloto nos CS1 e CS2. -----	82

Figuras

Figura 1. Etapas do estudo de avaliabilidade da dissertação-----	37
Figura 2. Linha do tempo NET, ações realizadas e produtos finais do estudo piloto, setembro de 2017 a outubro de 2019-----	49
Figura 3. Componentes, atividades, recursos e resultados do estudo piloto NET, setembro de 2017 a outubro de 2019-----	50
Figura 4. Fluxo de atendimento. Projeto NET/RJ -----	62
Figura 5. Flyer do projeto NET (verso e averso) -----	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

- CENTRO -POP – Centro atendimento à população de rua
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CONEP – Comissão nacional de ética em pesquisa
- CLAVES – Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
- CRAM- Centro de referência em atendimento a mulher
- CREAS – Centro de referência especializado em assistência social
- DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis
- DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ª. Edição*
- EA – Estudo de avaliabilidade
- ECA – Estatuto da criança e do adolescente
- EUA – Estados Unidos da América
- ISPCAN – *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*
- NET – *Narrative Exposure Therapy*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG – Organização Não Governamental
- PNRMAV- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
- SNVS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

RESUMO

Esta dissertação tem como objeto o estudo de avaliabilidade do projeto piloto da “*NET para sobreviventes de violência: uma proposta piloto de implementar atendimento terapêutico nos serviços de atenção básica para pacientes com sintomas de TEPT*”. que oferece cuidados à saúde de indivíduos expostos à violência e com Transtorno de Estresse Pós Traumático, desenvolvido em dois serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro. A exposição a eventos traumáticos, como violências e acidentes podem provocar sintomas como: pensamentos intrusivos, pesadelos, hipervigilância, *flashback*, anestesia emocional e afastamento de atividades sociais, que fazem parte do TEPT e que correspondem a altos custos tanto a população envolvida, quanto para os serviços de assistência a saúde e segurança. Tratamentos para o TEPT têm a psicoterapia focada no trauma como uma das mais eficientes. A terapia de exposição narrativa foi desenvolvida especificamente para o tratamento de TEPT e sobreviventes de violência organizada e múltiplos traumas. O estudo incluiu as etapas de mapeamento da intervenção, identificação de *stakeholders*, construção de um modelo lógico e da análise estratégica. Para isso utilizou-se a metodologia de análise documental, entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo, que permitiram mapear o histórico e documentos sobre a intervenção NET e analisar as ações desenvolvidas, identificando as barreiras e potencialidades, assim como as lacunas em relação aos princípios estabelecidos pelo SUS e pela Reforma psiquiátrica com os investimentos nos serviços de saúde no Rio de Janeiro. Foi possível identificar que um dos maiores obstáculos da implementação foi a própria instabilidade do contexto político, estrutura física e recursos humanos a que estão sujeitos os serviços públicos de saúde. Sobre as potencialidades, concluímos, que o projeto NET é avaliável, sendo profícuo dar continuidade ao processo de avaliação, levando em consideração que o projeto piloto NET alcançou seus objetos iniciais como a capacitação de profissionais da saúde no atendimento terapêutico de qualidade, breve e baseado em evidências voltado para vítimas de violência que desenvolveram o Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

PALAVRAS- CHAVE: Transtorno do Estresse Pós Traumático; Terapia de Exposição Narrativa; Estudo de Avaliabilidade; Atenção Primária a Saúde

ABSTRACT

This dissertation has the object the evaluability assessment of a pilot project of “NET for survivors of violence: a pilot proposal for implementing therapeutic care in primary care services for patients with PTSD symptoms”. which offers health care to individuals exposed to violence and post-traumatic stress disorder, developed in two public health services in the city of Rio de Janeiro. Exposure to traumatic events, such as violations and accidents, can cause symptoms such as: intrusive thoughts, nightmares, hypervigilance, flashback, emotional anesthesia and withdrawal from social activities, which are part of PTSD and which have high costs both in the participation involved, and for health and safety assistance services. Treatments for PTSD have trauma-focused psychotherapy as one of the most effective. The Therapeutic Exposure Narrative was developed specifically for the treatment of PTSD and survivors of organized violence and multiple traumas. The study included the steps of mapping the intervention, identifying stakeholders, building a logical model and strategic analysis. For that, the document analysis methodology, semi-structured interviews and content analysis were used, which allowed to map the history and documents about the NET intervention and to analyze the actions developed, identifying the barriers and potentialities, as well as the gaps in relation to the established principles. by SUS and the Psychiatric Reform with investments in health services in Rio de Janeiro. It was possible to identify that one of the biggest obstacles to implementation was the instability of the political context, physical structure and human resources to which public health services are subject. Regarding the potentialities, we conclude that the NET project is evaluable, and it is useful to continue the evaluation process, taking into account that the NET pilot project reached its initial objectives, such as the training of health professionals in quality therapeutic assistance, brief and based evidence aimed at victims of violence who developed Posttraumatic Stress Disorder.

KEYWORDS: Post-Traumatic Stress Disorder; Narrative exposure therapy; Evaluability Assessment; Primary Health Care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	17
3. MARCO TEÓRICO E CONTEXTUAL.....	18
3.1. Violência e saúde	18
3.2. Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT)	22
3.3. Terapia de Exposição Narrativa - NET	24
3.4. Intervenções em saúde: considerações sobre o campo da avaliação e monitoramento.....	29
4. METODOLOGIA	37
4.1. Delineamento metodológico.....	37
4.2. Estudo de avaliabilidade (EA).....	39
4.3. O projeto piloto net.....	40
4.4. Elaboração do modelo lógico e análise estratégica dos dados	47
4.5. Questões éticas	48
5. RESULTADOS	50
5.1. Mapeamento da intervenção.....	50
5.2. Modelo logico operacional.....	52
5.3. Identificação, entrevistas e análises das falas dos <i>stakeholders</i>	53
5.3.1. Organização e planejamento do projeto piloto net	54
5.3.2. Capacitação e treinamento	56
5.3.3. Fluxo do atendimento	64
5.3.4. Atendimento a pessoas com TEPT e a violência.....	71
5.3.5. A centralidade da supervisão NET.....	78
5.3.6. Síntese dos atendimentos realizados no estudo piloto	81
5.4. Análise estratégica - E o que fica para os serviços de saúde? Pensando em frutos e sustentabilidade.....	83
6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES.....	101

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto um estudo de avaliabilidade do projeto piloto da *Terapia de Exposição Narrativa (Narrative Exposure Therapy)* - NET, que oferece cuidados à saúde de indivíduos expostos à violência e com Transtorno de Estresse Pós Traumático – TEPT. A NET teve seu projeto piloto desenvolvido em dois serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro/RJ.

A violência em meio urbano e suas consequências vêm se constituindo a cada dia como tema presente nas agendas públicas de saúde. Os seus efeitos diretos e indiretos sobre o setor saúde podem ser percebidos tanto em relação às consequências da violência para a saúde das populações afetadas quanto sobre os processos de trabalho dos serviços. (MINAYO, 2006). A violência ocasiona danos, lesões e traumas que correspondem a altos custos tanto a população envolvida, quanto para os serviços de assistência a saúde e segurança, por exemplo. Esses efeitos podem surgir como impactos na saúde física e mental da população, com necessário afastamento do trabalho, diminuição da capacidade de trabalho e/ou traumas emocionais. Conseqüentemente os efeitos também irão atingir o sistema de assistência à saúde, como por exemplo, elevados gastos com estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação.

Destacam-se as seguintes situações de violência que colaboram para a sobrecarga dos serviços de saúde: violência causada por guerras e conflitos armados e seus efeitos, violência interpessoal, conflitos familiares, conflitos entre gangues ou quadrilhas, tentativas de suicídio, acidentes de trânsito, violência sobre a população que mora nas ruas e contra outras populações vulneráveis como crianças, mulheres e idosos, acidentes e negligências, provocando lesões e envenenamentos, sobretudo no lar. (MINAYO, 1994). O setor da saúde vem trabalhando em vias de aprimorar o atendimento aos pacientes que sofrem com os efeitos da violência e tem focado seus esforços na reparação dos traumas e lesões físicas nos processos de reabilitação além de trabalhar na identificação e registros das informações (MINAYO, 1994).

Ao longo do século XX, principalmente nos períodos pós guerra, as equipes de saúde dos países envolvidos nas grandes guerras mundiais começaram a observar determinados sintomas em ex-combatentes e sobreviventes de guerra. Esses sintomas se mostravam associados aos eventos traumáticos vivenciados, como por exemplo: pensamentos intrusivos, pesadelos, hipervigilância, *flashback*, anestesia emocional e

afastamento de atividades sociais. Todos esses sintomas fazem parte do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), incluído pela primeira vez em 1980 no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-III) (DANTAS; ANDRADE, 2008). Estudos revelam que a exposição a eventos traumáticos e violentos - sofrida diretamente ou testemunhada, está associada ao aumento da prevalência de diversos outros problemas crônicos de saúde mental, como por exemplo: depressão, ideação suicida e abuso de álcool e outras substâncias (XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009; MCFARLANE, 2000; YOUNG, *et al*, 2012; CATANI, *et al* 2009)

Dantas e Andrade (2008) destacam como potenciais eventos traumáticos diretos o combate militar, agressão pessoal violenta (violência física e sexual), ameaça à vida, tortura, ataque terrorista, ser prisioneiro, desastres naturais, receber diagnóstico de uma doença grave, vivenciar acidentes graves, entre outros. E como potenciais eventos indiretos – aquelas que a pessoa testemunha – estão presenciar morte violenta e não natural de outro indivíduo, presenciar um acidente graves sofridos por pessoa que tenha relacionamento efetivo (familiar ou amigo próximo). O impacto do testemunho de um evento potencialmente traumático vai depender da proximidade entre as pessoas, da intensidade do mesmo e do histórico prévio da testemunha. Desta forma faz-se fundamental pensar em estratégias para o atendimento de pacientes com histórico de vivências de violência.

Os efeitos da violência na saúde estão incluídos no grupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). Além da violência, estão incluídos nas DANT também os acidentes e doenças crônicas não transmissíveis como doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, neoplasias, obesidade, diabetes e hipertensão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995). Os agravos de saúde decorrentes das DANT são considerados evitáveis. Entre eles encontram-se as lesões, traumas psicológicos e/ou físicos e a morte (MINAYO, 2006, 2009). O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), uma das principais ferramentas para a gestão em saúde pública, aponta para uma transição epidemiológica ocorrida a partir dos anos 60 que consistiu na redução de morbidade por doenças transmissíveis e no aumento por DANT. Com este cenário, as DANT se tornaram as principais causas de morte no Brasil. É importante estar atento a esta modificação no perfil epidemiológico para que se possa adequar o trabalho da gestão à realidade local (LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013).

No Brasil, o marco do reconhecimento da magnitude do impacto da violência e dos acidentes na saúde foi a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por

Acidentes e Violências (PNRMAV) em 2001. A partir desta Política foram definidas diretrizes e responsabilidades do setor saúde frente ao problema. Dentre as diretrizes propostas pela PNRMAV destacam-se a necessidade de estruturação e organização dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001).

Gabbard (2016) ao citar os principais tratamentos para o TEPT, destaca a psicoterapia como principal escolha, incluindo estudos com diversas intervenções psicológicas advindas de diferentes abordagens, cognitivo comportamental, interpessoal, dinâmica e eclética (YOUNGNER *et al.*, 2014). Revisões sistemáticas e meta-análises mostram que as terapias focadas no trauma são as mais eficientes no tratamento de TEPT (EHLERS *et al.*, 2010). Fortes evidências foram reportadas, por exemplo, para a terapia cognitivo comportamental focada no trauma, bem como para a terapia de dessensibilização e reprocessamento através dos movimentos oculares (EMDR), sendo ambas recomendadas por exemplo, pelo guia de tratamento de TEPT do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica do Reino Unido - NICE (ROBJANT, 2010). Em termos de localizar o trauma inserido no contexto sócio-político-histórico no qual foi ocorrido tem-se a terapia do testemunho (CIENFUEGOS; MONELLI, 1983; SCHAUER; NEUNER; ELBERT, 2005; ROBJANT; FAZEL, 2010). Contudo poucos estudos foram conduzidos com indivíduos que vivenciaram múltiplos eventos severos no contexto de conflitos armados e guerras.

A Terapia de Exposição Narrativa - NET foi desenvolvida especificamente para o tratamento de TEPT para sobreviventes de violência organizada e múltiplos traumas (SCHAUER, 2005). Inclui componentes de outras abordagens de terapias baseadas em evidência como a terapia cognitivo comportamental focada no trauma, agregando o desenvolvimento de narrativa a partir do testemunho dos abusos sofridos. Dessa forma, como resultado de um método único de narrativa das memórias traumáticas na NET, as experiências traumáticas são integradas dentro de um contexto autobiográfico (SCHAUER, 2011).

Desde junho de 2018 vem sendo realizado um projeto piloto para implementação de estratégia de atendimento a vítimas de violência no Rio de Janeiro: “*NET para sobreviventes de violência: uma proposta piloto de implementar atendimento terapêutico nos serviços de atenção básica para pacientes com sintomas de TEPT*”¹. Um dos objetivos

¹ Estudo piloto realizado em colaboração internacional Brasil-Alemanha, coordenado pela Dra. Fernanda

principais do projeto é capacitar os profissionais da saúde no atendimento terapêutico de qualidade, breve e baseado em evidências voltado para vítimas de violência que desenvolveram o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).

A relevância social e científica do tema abordado na dissertação baseia-se na magnitude dos impactos da violência na saúde e nas novas possibilidades de tratamento hoje existentes. Pelo aspecto pessoal e profissional, a dissertação consolida o aprofundamento de conhecimentos sobre a temática, estando em congruência com meu trajeto profissional, desde 2013 atuando em atendimentos diretos e indiretos a população vítima de violência, seja em ONGs, como o Movimento de Mulheres em São Gonçalo² onde atuei de 2013 até 2017, e também no serviço público, com atuação em Escolas municipais de educação básica no município de Itaboraí, RJ e em equipamentos da Assistência social como CRAM, CREAS e CENTRO POP no município de Araruama, RJ. É recorrente deparar com indivíduos com sintomas de TEPT em decorrência de algum evento violento ou traumático. Há, entretanto, lacunas no atendimento em saúde para vítimas de violência que apresentam psicopatologias decorrentes de eventos traumáticos, mesmo sendo esse um direito previsto em lei. Muitas vezes, os pacientes com TEPT não são corretamente diagnosticados e têm comorbidades com outras patologias como depressão, transtornos de ansiedade e uso abusivo de substâncias psicoativas (DANTAS; ANDRADE, 2008). Estes indivíduos que chegam diariamente nos serviços se apresentam como testemunhas ou sobreviventes das violências diárias em seu território, comunidade, ruas e até em casa.

Reiterando o perfil de pacientes que chegam aos serviços públicos, Luz *et al* (2016) referem que um terço das pessoas no Rio de Janeiro e São Paulo foram expostas a pelo menos um evento traumático dentro do período de um ano. Estima-se que o risco condicional para o desenvolvimento de TEPT seja 11% (LUZ *et al.*, 2016). Entre os eventos diretos possíveis, destacam-se: o combate militar – para locais de conflito e pós conflito, agressões diretas como violência sexual, física, assaltos, sequestro entre outros. Entre os eventos indiretos tem-se presenciar a morte violenta e ser testemunha de acidente ou de ferimentos graves (DANTAS; ANDRADE, 2008). Estes eventos aumentam o risco de desenvolver problemas psicológicos e emocionais.

Serpeloni (IFF-ENSP/Fiocruz), Dra. Simone Gonçalves de Assis (IFF-ENSP/Fiocruz) e Dra. Anke Köbach (Universidade de Konstanz).

² Atuei como psicóloga no Projeto NEACA, vinculado a ONG Movimento de Mulheres em São Gonçalo, que oferece acompanhamento continuado nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Direito e Pedagogia às crianças, adolescentes e jovens vítimas de violência doméstica e/ou sexual e a seus familiares.

Dentre os agravos na vida diária o TEPT pode provocar tensão frequente, sensação de ansiedade, medos ou estranheza, sentimentos depressivos, e mudanças de humor, dificuldades com o sono e pesadelos, sentimento de culpa e autoacusações. Em relação a sociabilidade há condutas de evitação, desinteresse, distanciamento social, embotamento, impulsividade, anedonia e disforia crônica (BALLONE, 2002). Em geral, indivíduos com TEPT se sentem frequentemente estressados e assustados mesmo que não estejam em situação real de perigo. Têm suas relações familiares e de trabalho frequentemente afetadas: Rieder e Elbert (2013) apontam em estudo que pais que sofrem de TEPT apresentam menos disponibilidade e tolerância na relação com os filhos e também com o parceiro. São frequentes as repetidas idas desses indivíduos aos serviços de saúde onde são medicados, sem que seja realizado um diagnóstico diferenciado. Estas buscas corriqueiras por serviços de saúde e o não controle dos sintomas provocam nas vítimas sentimento de vergonha, de perda de controle das suas vidas e medo de serem estigmatizadas (CAVALCANTE, 2012). Frequentemente, os pacientes não são reconhecidos nos serviços de saúde como pacientes com TEPT, principalmente devido a somatização existente. Dessa forma, muitos acabam sendo medicados por transtornos do sono, hipertensão e outros sintomas. Os efeitos colaterais e o alto custo da medicação são impactantes para o paciente e para o sistema de saúde. Gabbard (2016) aponta que até 11,8% dos pacientes que recebem cuidados primários podem preencher os critérios de TEPT.

O diagnóstico diferencial deste transtorno mental é essencial para prevenir o aparecimento de comorbidades como depressão e abuso de álcool e outras substâncias. Para Bucasio *et al* (2005) os prováveis motivos para as dificuldades do reconhecimento do TEPT são o pouco conhecimento desse transtorno pelos profissionais e pela população em geral. Além disso, há a resistência na busca por tratamento, possivelmente associado aos próprios sintomas de evitação presente no transtorno. Assim, muitos pacientes com TEPT sofrem por muito tempo, cronificando o transtorno.

Existem orientações da Organização Mundial de Saúde - OMS e da *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* – ISPCAN que indicam as principais diretrizes para intervenção psicoterápica para vítimas de violência. Entre elas destacam-se: (1) intervenções devem ser baseadas em evidências, ou seja, pautada em resultados de pesquisas científicas; (2) orientadas por um objetivo, estabelecer junto com o paciente aonde quer chegar com a terapia; (3) de abordagem estruturada, com início meio e fim delimitados a priori, sendo que o paciente saberá o que será abordado em cada etapa e

porque será abordado; e (4) devem incluir estratégias de redução das consequências emocionais e comportamentais da violência, utilizando de técnicas específicas para os sintomas associados à exposição à violência, e que tenham evidências de adequação e efetividade (VON HOHENDORFF; HABIGZANG; KOLLER, 2015).

A terapia NET segue todos os princípios determinados pela OMS, sendo uma terapia baseada em evidências e estruturada em que o paciente é ativo e consciente ao longo do processo sobre os objetivos e sobre a duração da terapia. Possui diversos estudos que mostram as evidências de sua efetividade em diversos contextos e países (CATANI *et al*, 2009; ELBERT, *et al* 2015; KÖBACH *et al* 2017; JACOB *et al*, 2014).

No Brasil, há evidências da falta de capacitação adequada no atendimento a pacientes que passaram por situação de violência e apresentam problemas de saúde mental, assim como escassez de serviços na rede pública que possam oferecer atendimento especializado (ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2018). O Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2009, realizou um levantamento que apontou falta de capacitação seguindo as diretrizes apontadas dos psicólogos que atuam na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência (CFP, 2009). O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) preconiza em seus artigos 86 e 87 que "*a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais da união, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios*" (artigo 86). E que o atendimento a vítimas se dê em "serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão" (artigo 87).

Em 2013 foi promulgado a Norma técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, que entre outras ações prevê a Organização e Humanização do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. Desta forma estabelece que a pessoa deverá ser ator ativo e consciente ao longo de todo o processo de atendimento, seja para prevenção, orientação ou reabilitação em decorrência da violência. Mantendo a premissa do atendimento humanizado preza-se por um acolhimento com instalações físicas adequadas, que prezem pela privacidade e não revitimização, além de instrumentos e equipamentos adequados e profissionais capacitados.

Ainda sobre o atendimento a mulheres vítimas de violência, o CFP em 2012 elabora e lança o documento de referência para atuação de psicólogas (os) em serviços de atenção à mulher em situação de violência. Neste referencial destaca-se como

imprescindível o trabalho da psicologia para promoção dos direitos humanos e do protagonismo da mulher. Desta forma deve-se ofertar uma escuta ativa e sensível onde se torna fundamental conferir e compreender sua história de vida identificando não só as situações de vulnerabilidade e risco, mas também identificar e desenvolver os fatores de proteção e aspectos que favoreçam a resiliência (CFP, 2012).

Espera-se do atendimento nos serviços que os danos da violência possam ser trabalhados, se possível minimizados por meio das construções de alternativas de autonomia e segurança (CFP, 2012, p. 95).

Com base nas pesquisas realizadas observamos uma ausência de publicações nacionais em português acerca de oferta de tratamento para indivíduos com TEPT no SUS, aspecto que legitima a importância desta dissertação. Em pesquisa nas bases de dados SCIELO e BVS no período de novembro 2018 a janeiro 2019, ao buscar pelos descritores “TEPT”, “intervenção” e “SUS”, foram encontrados apenas 1 resultado na “[Biblioteca virtual de saúde” e 7 resultados na base de dados “SCIELO.”

Pelo exposto, é urgente o investimento em tecnologias inovadoras visando a capacitação de profissionais para a realização de avaliação das consequências da violência para a saúde mental, bem como a realização de tratamento baseado em evidências, seguindo as orientações da OMS. Neste sentido a presente dissertação de mestrado apresenta um estudo de avaliabilidade sobre a terapia NET em serviços de saúde, abrangendo a etapa de planejamento, a capacitação dos profissionais, os atendimentos dos pacientes nos serviços de saúde e os resultados obtidos. Para seguir os passos de uma análise exploratória, a opção pelo estudo de avaliabilidade – EA (THURSTON, 2015) foi escolhida pelo fato do programa estar em fase inicial e por permitir investigar como os objetivos do programa foram alcançados na abordagem inicial em pequena escala, viabilizando identificar áreas críticas e avaliar se há justificativa para uma avaliação futura (SILVA, 2014), à medida que a NET alcançar perspectiva de inserção mais ampla nos serviços de saúde. A análise de avaliabilidade, descrita a seguir no item 3.4.3, conduziu o acompanhamento da implementação da NET nos serviços públicos investigados, tendo como finalidade principal subsidiar tecnicamente a gestão pública quanto a estruturação e a consolidação da NET enquanto estratégia para a promoção da saúde.

A dissertação está organizada da seguinte forma: (1) *introdução*; (2) *objetivos*; (3) *marco teórico e contextual* composto por quatro temáticas distintas que conectam as bases teóricas da violência e seu impacto sobre a saúde, definição e informações sobre TEPT, descrição da NET, pesquisa avaliativa; (4) *metodologia*, que inclui dados do projeto piloto

NET, definição dos pacientes atendidos, descrição do enfoque qualitativo, processamento e análise dos dados, e aspectos éticos; (5) *resultados* divididos sob os tópicos: organização e planejamento do projeto piloto NET, capacitação e treinamento, fluxo do atendimento, atendimento a pessoas com TEPT e a violência, a centralidade da supervisão NET, síntese dos atendimentos realizados no estudo piloto e o que fica para os serviços de saúde? pensando em frutos e sustentabilidade; (6) *discussão dos resultados e considerações finais*.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Realizar estudo de avaliabilidade do projeto piloto Terapia de exposição terapêutica - NET em dois serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar e mapear o histórico e documentos sobre a intervenção NET nos serviços investigados, caracterizando a intervenção.
- Identificar e entrevistar *stakeholders* para analisar as ações desenvolvidas, barreiras e potencialidades da intervenção.
- Elaborar o modelo lógico da intervenção NET.
- Realizar a análise estratégica sobre a intervenção NET.

3. MARCO TEÓRICO E CONTEXTUAL

3.1. Violência e saúde

A violência se configura como um fenômeno complexo e polissêmico que envolve indivíduos, relacionamentos interpessoais, comunidades e a sociedade. Por ser complexa, é preciso considerar que existem muitos fatores envolvidos, biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos. Minayo (2003) aponta o quanto é difícil ter uma conceituação única de violência, já que trata-se de um fenômeno biopsicossocial, que se cria e se desenvolve sempre em sociedade. Tendo fortes enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas vigentes. A autora reforça que eventos e situações de violência estão sempre ligadas a conflitos de autoridade, lutas pelo poder, vontade de domínio, de posse ou aniquilamento do outro ou de seus bens (MINAYO, 2006). Se estas ações ou situações serão aprovadas ou não, se serão consideradas lícitas ou não, está diretamente ligado as normas sociais, usos, costumes ou aparatos legais da sociedade em questão.

De forma geral, a conceituação de violência mais utilizada na área da saúde é a referida pela OMS no relatório mundial sobre violências e saúde:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (DAHLBERG; KRUG, 2002, p. 5).

A conceituação da OMS é ampla e tem função operativa. A violência é caracterizada enquanto tipos: *autoinflingida*, *interpessoal* e *coletiva*. A *autoinflingida* se caracteriza por uma violência cometida contra si próprio. A *interpessoal* é aquela que ocorre entre indivíduos ou até entre um indivíduo e um grupo; e varia de acordo com o vínculo entre as pessoas. A interpessoal pode ser familiar, geralmente ocorrendo na residência e engloba a violência contra criança, contra a mulher e contra o idoso. Outro subtipo é a violência comunitária que envolve indivíduos conhecidos ou não e geralmente ocorre em ambientes públicos. A *violência coletiva* é aquela que engloba grandes grupos e dependendo da sua motivação pode se subdividir em social, política ou econômica. Em todas essas classificações a violência pode ser caracterizada também quanto a sua *natureza*, ou seja, violência física, sexual, psicológica e negligência, excetuando a violência autoinflingida, que não inclui componente sexual. (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A violência familiar, especificamente a violência contra a mulher tem um alta incidência no Brasil e tem estado cada vez mais em pauta nas discussões e preocupação da sociedade brasileira e do meio acadêmico. Apesar de não ser um problema recente, nos últimos anos há mais destaque para a gravidade e seriedade da situação. A violência contra a mulher pode ser subdividida pelo tipo, sendo psicológica, moral, física, patrimonial e sexual, conceituada pela Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340) em seu Capítulo II, art. 7º. A violência física se caracteriza por condutas que causem prejuízo a saúde física da mulher, seja com uso de objetos ou força física. Já a violência psicológica, geralmente tem efeitos mais sutis e difíceis de serem identificados, caracterizando-se por condutas que causam dano emocional, prejudicando o desenvolvimento ou a autoestima da mulher, assim como por ações que visam degradar ou controlar as ações, crenças ou decisões. A violência moral se aproxima da psicológica e se configura como calúnia, difamação ou injúria. A violência sexual está presente quando há coação ou se força a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual, entre pessoas que estejam em um relacionamento ou não. Outro tipo de violência menos conhecido é a violência patrimonial, entendida como ações que configuram retenção, destruição ou subtração de bens ou documentos (BRASIL, 2018). Os diversos tipos de violência muitas vezes acontecem concomitantemente na vida da mulher e por múltiplos fatores pode ser difícil para a mulher reconhecer ou sair desta situação.

A violência doméstica contra a mulher é considerado um problema mundial e que afeta mulheres de todas as idades e classes sociais e configura-se como uma questão de saúde. Além da mortalidade, do feminicídio, as sobreviventes dessa violência sofrem com traumas, medos, sequelas físicas, alterações de humor como ansiedade, depressão, TEPT, entre outras, afetando a vida social, o trabalho e a saúde entre outras áreas da vida (LEITE *et al*, 2017).

Minayo considera a violência como uma questão fundamentalmente social. Ela traz inúmeros agravos a saúde dos indivíduos e da sociedade, uma vez que provoca mortes, lesões, traumas e afeta diretamente a qualidade de vida (MINAYO, 2006). Dahlberg e Krug (2007) ainda complementam que altos índices de violência resultam em ônus econômicos aos países, em função dos custos do absenteísmo, diminuição e perda da produtividade, e custos com assistência à saúde e recursos legais.

Morbidades e mortalidade devido a situações de violência estão incluídos na denominação da saúde como causas externas junto com os acidentes. A denominação de causas externas engloba traumas que provocam algum tipo de lesão, seja física ou

psíquica, e que podem ou não ter o óbito como desfecho (MASCARENHAS; AZEVEDO, 2011). Segundo a OMS os efeitos dessa tipologia são responsáveis por cinco milhões de mortes pelo mundo a cada ano. Isto caracteriza o quanto essas morbidades e a mortalidade são um grande desafio para a agenda da saúde, principalmente em países em desenvolvimento. As causas externas estão entre as principais causas de mortalidade e são responsáveis pela hospitalização de dezenas de milhões de pessoas. As sequelas e as lesões decorrentes da violência podem ser temporárias ou permanentes e em variados graus, trazendo sofrimento. Cada vez mais vem se tornando importante a existência de dados confiáveis sobre a natureza e sobre a extensão da violência. Outros dados necessários para o desenvolvimento de políticas e planos de enfrentamento, assim como para a implementação de programas e serviços adequados, são aqueles sobre as populações em risco e sobre causas e consequências da violência.

De acordo com o documento Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência de 2014 (OMS, 2014), cerca de meio milhão de pessoas são assassinadas por ano no mundo. Ainda segundo este documento não é possível estimar ao certo o número de pessoas que sofrem efeitos decorrentes da violência, sendo um número muito maior do que de mortes. Muitas destas pessoas passam a vida se sentido atormentadas e perseguidas pelas consequências da violência. O que contribui para situações como consumo inadequado de bebidas alcoólicas e drogas, evasão escolar, desemprego, dificuldades de relacionamento recorrentes, bem como problemas de saúde mental, como depressão, TEPT e outros transtornos.

Fazendo uma análise por renda e por regiões do mundo, o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (OMS, 2014) aponta que dentre os países de renda baixa e média, as taxas de homicídio mais altas são registradas na Região das Américas (28,5 por cem mil pessoas) e na Região Africana (10,9 por cem mil pessoas). As taxas mais baixas de homicídio estimadas são registradas nos países de renda média e baixa da Região do Pacífico Ocidental (2,1 por cem mil pessoas) (OMS, 2014).

Os dados mostram que, em 2010, 143.256 brasileiros morreram em decorrência de acidentes e violências, o que corresponde a 12,5% do total de mortes no país. E desses, 36,5% foram vítimas de homicídios (MASCARENHAS; AZEVEDO, 2011). Em estudo epidemiológico realizado no Rio de Janeiro e em São Paulo, foi reportado que as formas mais comuns de violência são: violência urbana (60 %), morte de pessoas conhecidas (43 %), acidentes (34 %), exposição a restos humanos (33 %) e violência doméstica (20 %) (LUZ *et al.*, 2016).

Em relação a hospitalização, as internações por agressão apresentam baixa frequência se comparada ao número de óbitos pela mesma causa. Este perfil pode ser explicado tanto pela alta letalidade das agressões e pelo sub-registro seja pelo receio do paciente em revelar a agressão, seja pela falha dos profissionais em coletarem tal informação ou até pela não procura dos serviços de saúde (MASCARENHAS; AZEVEDO, 2011).

Filho e Jorge, (2007) apontam que os agravos de saúde decorrentes das causas externas são responsáveis por uma grande parcela de problemas de saúde. Sejam esses de ordem orgânicas, psicológicas, econômicas e culturais. O Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência de 2014 informa dados de morbimortalidade por causas externas no Brasil, apontando que há uma taxa de 24,3/100mil em 2012. Gawryszewski *et al* (2004) afirmam que a morbidade por causas externas ainda é tema pouco trabalhado pela área da saúde no Brasil, visto que as lesões e traumas provocados por elas não costumam ser lembrados com a frequência necessária nas proposições de políticas públicas e ações de saúde.

Há indícios de alta prevalência da presença de transtornos mentais associados ao aumento da violência nas grandes cidades (MARI; MELLO; FIGUEIRA, 2008). Contudo, há pouca sistematização de conhecimento sobre a dimensão do problema e das possibilidades de intervenção principalmente no campo da saúde mental. Dessa forma, é possível observar que a violência e seus impactos são temas cada vez mais presentes nas agendas de Saúde Pública (GONÇALVES; QUEIROZ; DELGADO, 2017). Porém ainda são escassos os debates sobre as possibilidades de intervenção no âmbito das estratégias de saúde. A terapia de exposição narrativa (NET) e conseqüentemente este estudo trazem boas contribuições para combater essa escassez.

3.1.1. Violência e Agravos à Saúde Mental

Estudos epidemiológicos mostram que há aumento da incidência de sintomas de transtornos mentais como quadros depressivos, ansiosos e outros associados a dinâmica da violência armada em territórios vulneráveis (DELGADO, 2017), tanto na infância quanto na fase adulta (SERPELONI *et al.*, 2017; PUPO *et al.*, 2015; XIMENES *et al.* 2009).

O TEPT é um conjunto de sintomas fruto de uma interação complexa envolvendo múltiplos fatores genéticos, sociais e psicológicos. Dentro dessa perspectiva sabe-se que

quanto maior o número de exposição a eventos traumáticos maior a probabilidade de desenvolver TEPT, chamado efeito cumulativo do trauma ou *building block* (KOLASSA *et al.*, 2010). Em populações afetadas por conflitos armados os índices de prevalência para TEPT e depressão são superiores àqueles encontrados em outras populações sem essa característica do conflito (TOL *et al.*, 2011). Foi observado que em populações afetadas por conflitos a prevalência média de TEPT era de 15,4% (30 estudos) e de 17,3% (26 estudos) para depressão. A média encontrada nos países sem conflito foi de 7,6% (para qualquer transtorno de ansiedade, incluindo TEPT) e de 5,3% (incluindo transtorno depressivo e outros transtornos de humor). A pesquisa foi realizada com a participação de 17 populações gerais que participaram da Pesquisa Mundial de Saúde Mental. (THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM, 2004).

3.2. Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT)

Segundo a definição presente na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o TEPT configura-se como um transtorno psiquiátrico causada por um evento traumático externo. O evento externo se configura como um critério necessário para o diagnóstico. Considera-se como evento traumático a exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual. O indivíduo pode ter vivenciado diretamente, testemunhado ou ter ouvido falar sobre a sua ocorrência com um familiar ou amigo próximo. Nesse último caso o evento deve ter sido violento ou acidental. Considera-se também os casos de exposição a detalhes aversivos de eventos traumáticos por conta da profissão, como por exemplo, socorristas que recolhem restos de corpos humanos e policiais expostos a detalhes de abuso infantil (APA, 2013).

O TEPT caracteriza-se pela presença de memórias intrusivas do evento traumático, muitas vezes acompanhadas de fortes reações emocionais e físicas. O indivíduo pode reviver o trauma no presente com toda a intensidade de quando ocorreu no passado, como por exemplo os *flashbacks*. Há um constante esforço para evitar lembranças, pessoas ou lugares que lembrem do ocorrido. Além disso, tem-se alterações negativas sobre a cognição e o humor, alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático. O diagnóstico inclui a duração dos sintomas (mais de um mês), o impacto funcional nas atividades cotidianas (família, escola, trabalho e lazer) e como critério de exclusão o fato dos sintomas de TEPT não serem claramente devidos ao uso de medicamentos que alteram a cognição, ao uso de álcool ou outras condições médicas).

Pesquisas mostram a presença de determinantes sociais na prevalência do TEPT, como por exemplo, morar em regiões mais vulneráveis com altas concentrações de assaltos, agressões e mortes por causas externas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Estudos também mostram que as mulheres apresentam prevalência duas vezes maior para o desenvolvimento de TEPT ao longo da vida do que os homens, provavelmente por estarem mais expostas às experiências patogênicas violentas, como violência doméstica e sexual (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Cavalcante (2009) aponta que há mais reação neuroquímica e neurofisiológica no cérebro no momento que ocorre a percepção de perigo extremo, como por exemplo situações de ameaça a vida. Durante um evento traumático as informações sensoriais e perceptivas são armazenadas na memória. Neste momento a mente e o corpo estão em estado extremo de alerta, estão despertos. Assim, o batimento cardíaco é acelerado, há presença maior de suor e tremor, por exemplo. O corpo e a mente entram em estado de defesa e se preparam para lutar, fugir ou se esconder. A estes elementos se somam elementos cognitivos, emocionais e fisiológicos que juntos formam a memória traumática. Estudos como de Brewin *et al* (2010) e Neuner (2004) se referem a este conjunto de aspectos como memória quente, que envolve sensações, elementos sensoriais e fisiológicos. Quando há uma nova experiência, esta memória quente se conecta com a informação contextual chamada de memória fria. Desta forma com as duas conectadas o indivíduo se lembrará dos eventos de forma contextualizada sabendo onde, quando e como aconteceu o evento.

No TEPT as memórias quentes perdem suas conexões com as memórias frias contextuais. Assim estímulos externos como um estouro parecido com tiro, um cheiro ou um barulho e até sugestões internas como um pensamento ou uma emoção podem ativar a estrutura do trauma levando a sintomas como intrusão e alterações cognitivas. A ativação da rede do medo vai servir como uma lembrança dolorosa e assustadora. Desta forma, muitos indivíduos que sofrem de TEPT aprendem a evitar pistas ou possíveis gatilhos. Evitam passar em determinados lugares, mudam sua rotina evitam pensar ou falar de determinados assuntos para evitar essa ativação (SCHAUER; NEUNER; ELBERT, 2011). Com o tempo, ao se vivenciar repetidos eventos traumáticos similares promove-se uma generalização da representação da memória de tal maneira que as experiências sensoriais e emocionais serão armazenadas em uma rede separada das informações contextuais (SERPELONI; KÖBACH, 2018). O que acontece com indivíduos com TEPT é que eles têm dificuldade com a contextualização autobiográfica, ou seja, em acessar a memória

fria. Eles se tornam incapazes de associar o sentimento de medo aos eventos localizados no espaço tempo ou na ordem cronológica. Assim o medo fica desconectado da estrutura em que ocorreu (SCHAUER, *et al.*, 2011). Os autores apontam que quanto mais ameaçadora e prejudicial são as experiências vividas pela pessoa, maior o grau de desorganização da rede traumática (ELBERT; SCHAUER; NEUNER, 2015).

3.3. Terapia de Exposição Narrativa - NET

A NET foi desenvolvida por psicólogos clínicos da Universidade de Konstanz (SCHAUER *et al.*, 2011) a partir de conhecimentos neuropsicológicos sobre o trauma e sobre a memória. Estudos clínicos controlados e randomizados mostram que a técnica é eficaz para pessoas que sofreram traumas complexos (ROBJANT, 2010). Tem sido frequentemente utilizada com resultados efetivos em ambientes com poucos recursos, incluindo regiões de conflito e pós conflito e com grupos de refugiados (SCHAUER, *et al.*, 2011). Apresenta-se como uma possibilidade de intervenção eficaz para a redução destes agravos e quebra de um ciclo decorrente da violência.

3.3.1. Objetivos da NET

A NET tem por objetivo reconectar as memórias quentes e frias, focando nas experiências mais excitantes do indivíduo, a partir dos conhecimentos de representação de memórias traumáticas. O paciente com auxílio de um terapeuta treinado irá construir uma narrativa cronológica da vida, com foco nos eventos traumáticos. O paciente atua de forma ativa e consciente em todo o processo, a terapia acontece dentro de um número pré-estabelecido de sessões³ de aproximadamente 90 minutos e todo conteúdo narrado pelo paciente irá se transformar em uma narrativa coerente que ao final da terapia formará uma biografia escrita que será entregue ao paciente. A fim de trabalhar as experiências de estresse pós-traumático o terapeuta explora com o paciente as informações sensoriais, os resultados cognitivos e as respostas afetivas e psicológicas em detalhes, relacionando-as (ELBERT; SCHAUER; NEUNER, 2015; SERPELONI; KÖBACH, 2018). Ao longo das sessões o paciente é encorajado a reviver as experiências enquanto narra o evento, o terapeuta deve estar em uma postura ativa e presente, sempre auxiliando o paciente a não

³ A NET tem sido realizada com variação de números de sessões. No presente projeto, baseado em estudos anteriores (SCHAUER *et al.*, 2011), trabalha-se com a estimativa de 8 a 10 sessões para cada paciente.

perder a conexão com o aqui e agora. Para tal se utiliza de lembretes permanentes que os sentimentos e respostas fisiológicas são resultados da memória quente do passado, fazendo a conexão com as representações mnemônicas, fatos episódicos, do tempo e lugar, que são as memórias frias. Assim a exposição e a narração do evento passado traumático só se finalizam quando o afeto, especialmente o medo é claramente diminuído (SERPELONI; KÖBACH, 2018).

O processo da terapia de exposição narrativa segue passo a passo, permitindo algumas adaptações dependendo do local e do serviço em que será aplicado, sendo também possível ser aplicada por diversos profissionais de saúde, desde que devidamente treinados. Passo importante na terapia é a construção de uma visão biográfica do curso da vida, chamada de linha da vida. Esta consiste em localizar eventos positivos e negativos ao longo da vida que serão simbolizados por pedras ou flores e serão posicionados ao longo de uma linha (curso da vida). Sempre com a orientação do terapeuta, o paciente irá colocar os símbolos, em ordem cronológica ao lado da linha, enquanto o terapeuta classifica brevemente o evento. Nas próximas sessões serão definidos os eventos negativos mais significativos (identificados pelas maiores pedras) e em cada sessão subsequente irá se explorar um evento, na forma da narrativa. Sempre no início de cada sessão a autobiografia feita na sessão anterior é repetida, enfatizando as memórias frias. Isto é realizado para que o paciente possa adicionar algo que tenha esquecido ou que modificar, visando que, ao final, se tenha uma versão o mais fiel possível ao período da vida relatado pelo paciente. As narrativas serão escritas pelo terapeuta e entregues ao paciente no final (SERPELONI; KÖBACH, 2018).

3.3.2. Conhecendo o passo a passo da NET

A psicoeducação é um passo importante no início da terapia. Schauer, Neuner e Elbert (2011) apontam que é vital para o paciente que eles aprendam a conceituar e entender a sua condição, já que necessitam de uma explicação sobre o que acontece na sua mente e corpo. Assim, é importante explicar que os sintomas vivenciados como por exemplo os alarmes e as respostas dissociativas fazem parte do repertório de defesa dos seres humanos e que os sintomas surgem a partir de repetidas vivências de eventos traumáticos. A psicoeducação também deve trabalhar a normalização dos sintomas, ou seja, explicar ao paciente que é normal e esperado ter àquelas reações relatadas após a vivência do evento traumático. Outra etapa importante é a legitimação. Nesta fase o

terapeuta deve explicar ao paciente que os sintomas relatados e vividos por ele hoje são decorrentes do trauma. Ou seja, são a resposta de defesa do corpo que tiveram a função de proteger a saúde mental daquele trauma, mesmo que atualmente tragam sofrimento. Na psicoeducação é importante explicar ao paciente como irá ocorrer o procedimento terapêutico, levando-se em consideração o nível cultural e social do paciente. É imprescindível que o paciente entenda com clareza como será o tratamento (SERPELONI; KÖBACH, 2018).

Uma característica importante da NET é que o processamento do trauma nunca é focado apenas em um evento isolado, de modo a inserir o evento no contexto da história da vida do paciente. Em cooperação com o terapeuta e por meio da narrativa, as memórias autobiográficas vão sendo restauradas. Dessa forma, as memórias fragmentadas encontram uma estrutura narrativa coerente tornando-se um testemunho. A partir desta restauração é possível que o paciente processe as emoções dolorosas e crie contingências, o que geralmente leva a uma recuperação emocional significativa. Ao longo das sessões o indivíduo consegue ir recuperando o respeito por si, diminuindo a culpa e passando a reconhecer seus direitos (SERPELONI; KÖBACH, 2018).

Quadro 1. Visão geral dos elementos terapêuticos da NET

1. Reconstrução cronológica ativa da memória autobiográfica/episódica;
2. Exposição prolongada dos pontos de conflito e ativação completa da memória do medo, a fim de modificar a rede emocional através de narração detalhada e imaginação do evento traumático
3. Integração significativa de sensações fisiológicas, sensoriais, cognitivas e respostas emocionais ao tempo, espaço e contexto da vida.
4. Reavaliação cognitiva do comportamento e dos padrões, bem como a reinterpretação do conteúdo de significado através de reprocessamento de eventos negativos, temerosos e traumáticos.
5. Revisitar experiências positivas de vida para apoio e ajuste de pressupostos básicos.
6. Recuperar a dignidade de uma pessoa através da satisfação da necessidade de reconhecimento através da orientação explícita dos direitos humanos de “testemunhar sobre o evento”.

Fonte: Adaptação de Serpeloni & Köbach (2018, p.23).

3.3.3. Algumas experiências NET pelo mundo

Estudos mostram a eficácia da NET no tratamento de pessoas com TEPT em populações diversas culturalmente (Alemanha, Estados Unidos, Colômbia, Noruega, Suécia, Uganda, China, Japão, Romênia, Ruanda). Seus resultados incluem estudos clínicos randomizados controlados, demonstrando superioridade da NET em comparação ao grupo controle com relação à redução da severidade dos sintomas de TEPT e outros transtornos relacionados (HERMENAU *et al*, 2013; ORANG, 2018; KOBACH, *et al*, 2017).

A intervenção NET foi implementada em diferentes populações e contextos. Na Ásia, por exemplo, pesquisas foram realizadas no Sri Lanka, China e Japão. Na China foi realizado um estudo com sobreviventes do terremoto de Sichuan (ZANG; HUNT; COX, 2013). Enquanto na Uganda os estudos foram com sobreviventes do genocídio de 1994 (JACOB *et al*, 2014).

A tabela 1 a seguir foi retirada de Robjant (2010), apresentando resultados de estudos clínico randomizados da NET.

Tabela 1. Resultados de estudos clínicos em diversos países.

Published studies of narrative exposure therapy.							
	Country of study	Population	Trial design	Outcome measures	Results	Other information	Effect size for NET
<i>NET trials in low- and middle-income countries</i>							
Bichescu et al. (2007)	Romania	Romanian older adults	5 sessions NET (n=9) Control group: 1 session PED (n=9)	CIDI, BDI	6 month follow-up: significant reduction in PTSD scores in NET but not PED condition. Remission: 55.5% in NET and 11.1% in PED	NET group: significant reduction in depression at 6 month follow-up	Cohen's d = 3.15 at 6 month follow-up
Neuner, Schauer, Klaschik, et al. (2004)	Uganda	Sudanese refugees	4 sessions NET (n=17) or SC group: (n=14) Control group: 1 session PED (n=12)	CIDI, PDS, SRQ-20, SF-12	Significant reduction in PTSD symptoms on PDS and CIDI in NET group compared to both SC and PED group. Remission: 71.4% in NET, 21.4% in SC, 20% in PED at 1 year follow-up	NET group significantly less likely to have remained in refugee camp, indicating better functioning	Cohen's d = 1.6 at 1 year follow-up
Neuner, Onyut, et al. (2008)	Uganda	Rwandan and Somali refugees	6 sessions NET (n=111) or TC (n=111) (both delivered by lay counsellors) Control group: no treatment (n=55)	PDS, CIDI, checklist of physical health symptoms	Significant reduction in PTSD scores for both treatment groups. Remission: 69.8% in NET, 65.2% in TC and 36.8% in controls	Significant reduction in physical health symptoms for NET and TC groups	Cohen's d = 1.4 at 9 month follow-up
Schaal et al. (2009)	Rwanda	Rwandan orphans aged 14-28	4 sessions NET (n=12) or group IPT (n=14)	CAPS, MINI, HRSD	Significantly greater reduction in PTSD symptoms in NET group compared to IPT group. Remission: 75% in NET, 29% in IPT	Significant reduction in depression scores for NET group at follow-up	$\eta^2 = 0.71$ at 6 month follow-up (Cohen's d = 1.29)
<i>NET trials in high-income countries</i>							
Neuner et al. (2010)	Germany	Asylum seekers	9 sessions NET (n=16), or TAU (n=16)	PDS, CIDI, HSCL-25 and sum of pain symptoms	Significant reduction in PTSD at follow-up in NET group but not in TAU group	No significant reduction in depression or pain scores	Cohen's d = 1.6 at 6 month follow-up
Halvorsen & Stenmark (2010)	Norway	Refugee and asylum seeker torture survivors	10 sessions NET (n=16)	CAPS, HRSD	Significant reduction in PTSD scores at post-test, and further significant reduction at 6 month follow-up.	Significant reduction in depression scores at follow-up.	Cohen's d = 1.16 at 6 month follow-up
<i>KIDNET trials</i>							
Onyut et al. (2005)	Uganda	Somali adolescents	6 sessions KIDNET (n=6)	CIDI	Significant reduction in PTSD symptoms between pre-test, and post-test as well as at 9 month follow-up. Remission: 66.6% of KIDNET group	All adolescents who had presented with depression at pre-test were no longer depressed at follow-up	Not reported
Catani, Kohiladevy, et al. (2009)	Sri Lanka	Sri Lankan children aged 8-14	6 sessions KIDNET (n=16), or MED (n=15) (both delivered by lay counsellors)	UPID and 5 item questionnaire on functioning	Significant reduction in PTSD symptoms at post-test and follow-up for both treatment groups. Remission: 81% in KIDNET, 71% in MED	Significant improvement in functioning at 1 month, maintained at follow-up	Cohen's d = 1.96 at 6 month follow-up
Ruf, Schauer, et al. (2010)	Germany	Refugee children from 6 countries aged 7-16	7-10 sessions of KIDNET (n=13) Waiting list control group (n=13)	UCLA PTSD Index for DSM-IV, RPM, MINI KID	Significant reduction in PTSD symptoms at post-test, maintained at follow-ups Remission at 6 months: 83% of KIDNET group.	Significant improvement in RPM between 6 and 12 months in NET group	Hedge's g = 1.8 at 12 month follow-up (Cohen's d = 1.81)

BDI = Beck Depression Inventory; CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; CIDI = Composite International Diagnostic Interview; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist-25; IPT = Interpersonal Therapy; MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview; NET = Narrative Exposure Therapy; PDS = Post-traumatic Stress Diagnostic Scale; PED = Psychoeducation; SC = Supportive Counselling; SF-12 = 12-Item Short Form Health Survey; SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire; TC = Trauma counselling; TAU = Treatment As Usual; UPID = UCLA PTSD Index for DSM-IV.

Estudo recente que realizou metanálise sobre a eficácia da NET em diversos contextos, analisou 16 ensaios clínicos randomizados, que contaram com um total com 947 participantes, de nove países diferentes, entre adultos e adolescentes, entre 2015 e 2018. Dos participantes, 443 passaram por uma intervenção NET, 294, passaram por uma intervenção padrão e 210 ficaram em fila de espera, ou seja, sem intervenção. No total, 456 eram do sexo feminino e 491 do sexo masculino. Onze dos estudos envolveram pessoas em situação de refúgio e cinco envolveram pessoas em situações considerada de baixa renda. A análise mostrou resultado eficaz na redução dos sintomas de TEPT e

depressão na população em geral. Porém os maiores efeitos foram sob a população de refugiados, encontrando melhores resultados da NET em adultos mais velhos. (LELY *et al*, 2019).

Como é possível observar a partir dos resultados anteriormente mencionados, a NET promove a manutenção da redução significativa dos sintomas de TEPT, da depressão e de reações físicas associadas ao trauma mesmo depois de três, seis, nove e doze meses após o término da terapia.

3.4. Intervenções em saúde: considerações sobre o campo da avaliação e monitoramento

Uma intervenção em saúde é constituída por um conjunto de meios diversos – físicos, humanos, financeiros, simbólicos - que são organizados em um dado momento e em um contexto específico. Visa produzir bens ou oferecer serviços a fim de modificar uma situação problema (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Diversos tipos de ações podem ser considerados uma intervenção, seja ela uma técnica, um medicamento ou tratamento, um protocolo de cuidado, uma organização, um programa ou política. Champagne aprofunda os estudos sobre componentes e tipologias da intervenção, apontando que

[...] a intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática (CHAMPAGNE *et al*, 2011, p. 45).

Seja qual for o tipo da intervenção, ela está suscetível a ser alvo de avaliação normativa ou de pesquisa avaliativa (CHAMPAGNE, 2011). A avaliação normativa visa a discriminação de todos os elementos componentes da intervenção, baseada em critérios e normas. Entende-se a pesquisa avaliativa como um processo que busca integrar avaliadores e avaliados visando o comprometimento e o aperfeiçoamento dos indivíduos envolvidos, dos grupos e do programa. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). A pesquisa avaliativa se decompõe em diversos tipos de análise, sendo possível em uma pesquisa utilizar variadas estratégias de pesquisa, considerando a perspectiva a ser analisada dos diferentes atores envolvidos. Está ancorada em procedimento científico que permita analisar as relações dos diferentes componentes da intervenção (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

Autores como Contandriopoulos *et al.* (1997) e Champagne *et al.* (2011) especificam cinco componentes principais que compõem um sistema organizado de ação: estrutura, atores individuais e coletivos e suas práticas, os processos de ação, finalidade e o ambiente. Seguindo essa composição a estrutura representa três dimensões interdependentes. Uma dimensão referente aos recursos mobilizados, sejam financeiros, humanos ou técnicos; uma dimensão organizacional que corresponde as leis, regras e convenções; e por fim uma dimensão simbólica que engloba as crenças, valores e representações dos diversos atores que são úteis para a comunicação entre si e também para dar sentido as ações. Já os atores envolvidos na intervenção são caracterizados por suas visões, projetos e ações. É importante ter em mente as interações entre si. As práticas ou condutas destes atores são constitutivas da intervenção e também influenciadas por suas estruturas interdependentes. Os processos de ação se compõem pelo conjunto de processos realizados durante e para se alcançar a finalidade da intervenção. Já a finalidade é entendida com os objetivos da intervenção. E por ambiente os autores definem os contextos físicos, jurídicos, simbólicos, histórico, econômico e social presentes na composição da estrutura alvo da intervenção (CHAMPAGNE *et al* 2011).

3.4.1. Contexto histórico da avaliação na área da saúde

A avaliação é uma atividade presente nas mais diversas ações humanas, sendo necessária para aprimorar a experiência humana e muito utilizada no campo acadêmico. Pode também contribuir para que os bens e serviços prestados sejam de boa qualidade e não coloque quaisquer direitos em risco (FERNANDES, 2013).

O conceito de avaliação de programas públicos surge logo após a segunda guerra mundial, atrelado ao papel que o Estado começava a desempenhar sobre áreas sociais como saúde e educação. O Estado buscava formas de organizar os recursos de forma que estes fossem utilizados da forma mais eficaz possível. A partir desta demanda os economistas desenvolveram métodos que fossem mais eficazes para realizar a análise das vantagens e custos dos programas das áreas sociais. Estes métodos são considerados os pioneiros da avaliação, porém logo mostraram-se insuficientes, especialmente quando aplicados nas áreas sociais e da educação. O caminho encontrado para se ter uma avaliação mais eficaz foi adotar uma perspectiva interdisciplinar para os aspectos metodológicos, profissionalizando a avaliação de programas (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Durante a década de 70, especificamente na área da saúde, aumentou a necessidade

de avaliação das ações sanitárias. Neste período houve um encontro da diminuição do crescimento econômico e o conseqüente aumento de investimento do Estado nos serviços de saúde. E assim aumentava também a necessidade de controle e avaliação dos referidos programas. A saúde se apresentava como um sistema complexo, onde convergem questões como *“zonas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, do desenvolvimento muito rápido de novas tecnologia médicas e das expectativas crescentes da população”* (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997, p. 30). Diante da complexidade deste contexto a avaliação se apresentava como uma solução para se ter mais informações sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde. O autor destaca que neste período países como Estados Unidos, Canada, França entre outros desenvolveram organismos encarregados de avaliar estas novas tecnologias.

Bosi e Martinez (2011) trazem a perspectiva da avaliação para uma realidade mais próxima, apontando que houve um crescente reconhecimento das práticas avaliativas na América Latina, principalmente com o objetivo de fortalecer as políticas e programas públicos do setor saúde. Também referem que há um movimento na região que visa rever práticas tradicionais, reorientando tais práticas. Os autores apontam ainda que esse movimento surge em prol de demandas como maior acesso e melhor qualidade de prestação dos serviços de saúde a população. Mesmo que estas demandas variem de acordo com o país ou região, as pressões por melhorias provêm de diversos segmentos e atores sociais que impulsionados pelas críticas aos programas já existentes buscam medidas concretas para aperfeiçoá-los. Somam-se ainda as limitações de recursos e a maior demanda por transparência. Desta forma os programas e políticas de saúde têm sido conseqüentemente cada vez mais objeto de atenção e alvo de processos avaliativos.

Desde a declaração de Alma-Ata a OMS estimula práticas avaliativas para subsidiar as ações em saúde. No Brasil esta prática encontrou eco tardiamente devido as características do Estado autoritário vigente no país no início dos anos 1980 e devido ao fato de que a sociedade brasileira não tinha o hábito da participação social, não cobrando transparência nas políticas públicas de seus programas e serviços. Somente no final da década de 1980 e início dos anos 1990, com as políticas de valorização do planejamento em saúde e do investimento nas políticas de unificação e descentralização do sistema de saúde, houve maior ingresso da temática da avaliação nas agendas sanitárias brasileiras. Desde então há contínua expansão e relativa autonomização deste espaço da avaliação em

saúde, surgindo questões sobre a sua constituição e prática no setor saúde no Brasil (FURTADO; SILVA, 2014).

O conceito de avaliação não é unânime, existindo diversas conceituações. É um campo complexo, com definições que englobam a emissão de juízos de valor sobre determinada intervenção enquanto outras priorizam os processos de planejamento das ações propostas e o papel de subsidiar a organização da gestão. Outra utilização possível é o seu uso construtivo, já que seu objetivo não deve ser punitivo, mas sim de melhorar o desempenho do serviço, dos processos e dos profissionais envolvidos (MINAYO, 2011).

Champagne *et al* (2011) considera não ser viável apresentar uma única definição que abarque todas as definições sobre avaliação. O autor apresenta uma definição que reúne elementos consensuais atualmente.

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos (CHAMPAGNE *et al*, p. 44).

Já o conceito de avaliação de programas sociais é considerado de forma mais restrita e abarca um “conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção em sua implantação, implementação e resultados” (MINAYO; ASSIS & SOUZA, 2005, p. 23).

Minayo, Assis e Souza (2005) apontam que tradicionalmente o processo de avaliação e monitoramento de políticas sociais se apoiava em instrumentos de base quantitativa e no tripé de avaliar as estruturas dos programas, seus processos e seus resultados. Cabe apontar que nesta perspectiva entende-se por *estruturas* os recursos físicos e humanos, materiais, normas e procedimentos e tecnologias disponíveis, por exemplo. Já o estudo do *processo* se dirige mais as atividades realizadas pelos proponentes da intervenção, incluindo componentes técnicos e relações interpessoais. E por fim a análise dos *resultados* se debruça sobre os efeitos e produtos que a ação ou procedimentos provocam, alinhados com os objetivos da intervenção.

Este tripé foi proposto e sistematizado por Donabedian (1980) e originalmente estimulou a realização da avaliação de qualidade. A base desta tríade pode ser utilizada em diversos tipos de avaliação e cada um dos componentes tem seu valor e significados distintos. A *estrutura* deve ser considerada um componente do serviço. É importante apontar que questões consideradas como amenidades, que muitas vezes são consideradas

supérfluas, como climatização do ambiente, conforto e decoração, devem ser consideradas na análise da estrutura, pois têm capacidade de influenciar no bem-estar de profissionais e de usuários. Ao voltar a atenção para os processos, a análise se detém em elementos mais construtivos das práticas, buscando relacioná-los com todas as etapas que intermediam a relação profissional e o usuário. Nesta perspectiva, o *processo* seria a forma mais direta para avaliar a qualidade do cuidado. E por fim, a análise dos *resultados* se direciona para a análise das modificações nos estados de saúde dos usuários em decorrência da intervenção oferecida. Não se pode levar em conta apenas os resultados como medida direta da qualidade de uma intervenção, pois sem análise dos outros elementos é difícil fazer a relação direta dos resultados com a intervenção realizada (SILVA, 2014).

Minayo, Assis e Souza (2005) consideram que os processo de avaliação e monitoramento não devem ser encarados como um evento isolado, mas sim como um processo que deve integrar todos os participantes - dos avaliadores até os avaliados, buscando sempre melhor aperfeiçoamento e engajamento.

3.4.2. Objetivos da avaliação em saúde

A avaliação no campo da saúde é utilizada para gerar informações visando a melhoria das intervenções em saúde e para permitir os mecanismos de análise sobre a cobertura, o acesso, a equidade e a efetividade das intervenções, entre outras dimensões. A complexidade do campo se dá fundamentalmente pela variedade de aspectos e de realidades associadas às diferentes dimensões organizacionais que podem estar relacionadas às práticas, aos serviços, aos profissionais e aos usuários (HARTZ, 2005).

Destacando a avaliação de programas, Fernandes (2011) aponta que seu objetivo é tornar acessível as informações e as evidências que tornam o funcionamento do programa mais transparente. Além disso, busca-se apresentar respostas a problemas existentes ou emergentes e indicar a utilidade do programa, contribuindo diretamente com o seu aprimoramento e identificando os obstáculos presentes em tempo hábil.

Silva (2014) afirma que os objetivos de uma avaliação estão intrinsicamente ligados a quem é o formulador da pergunta inicial. Se é um gestor, a avaliação pode estar a serviço de analisar o andamento da implementação, pode permitir verificar se os resultados são aqueles esperados ou servir para reorientar os custos. A avaliação tem, nesta perspectiva, um potencial de mobilização interna, agregando esforços dos diversos atores envolvidos. Por outro lado, quando a pergunta avaliativa é feita por um pesquisador, neste

caso dentro das diversas possibilidades, um dos objetivos principais se dá em torno da produção de conhecimento. Outra possibilidade é quando a pergunta avaliativa vem por parte do usuário do serviço. Neste caso, a avaliação tem por objetivo a prestação de contas dos serviços ofertados.

As responsabilidades da gestão do sistema único de saúde impõem aos gestores a incorporação e a utilização eficaz do monitoramento e avaliação, uma vez que essa ação oferece subsídios para uma melhor tomada de decisões e também é capaz de atuar enquanto elemento importante nas iniciativas e se propõe a oferecer mudanças no modelo de assistência acerca de um determinado problema. Assim, institucionalizar a avaliação, seja como monitoramento ou o ciclo completo da avaliação, incorpora a prática ao sistema, mantendo um monitoramento constante sobre a capacidade dos serviços em responder as demandas, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas, ou seja, oferece a gestão elementos importantes sobre as práticas em saúde tanto para as equipes de saúde, quanto para os gestores. (CARVALHO *et al*, 2012)

O estudo de avaliabilidade da NET, proposta desta dissertação, requer a compreensão sobre o que leva o êxito dos programas, o que o possibilita e também sobre a elaboração de críticas e questionamento dos limites. Este tipo de análise permite conhecer a influência do ambiente e do contexto na qual a intervenção está sendo implantada.

3.4.3. Estudo de avaliabilidade (EA)

Como apontado anteriormente, a pergunta da avaliação depende de uma infinidade de escolhas relacionadas a delimitação do objeto, da situação problema, da intervenção desenhada e dos problemas priorizados. Além de estar ligada ao ponto de vista de quem a fórmula, autores como Silva (2014) destacam que avaliações no âmbito da saúde pública requerem especial atenção a um momento anterior, a avaliação propriamente dita. A implementação de políticas e programas de saúde pode envolver diversos profissionais, das mais diversas áreas de conhecimento e que têm níveis de relação diferentes com a intervenção ou com a instituição. Isto gera diversidade de representações e incorporações sobre o programa e sobre o grau e a forma de operacionalização. Devido a esta variabilidade e especificidades de cada intervenção, a autora sugere uma análise prévia do programa. Ainda segundo Silva (2014), essa análise visa uma melhor compreensão das perguntas que podem ser respondidas em determinado tempo e de acordo com os recursos

disponíveis, além de dar voz às indagações dos atores envolvidos, promovendo um aperfeiçoamento do programa. Conforme apontado, Thurston (2015) nomeia essa análise exploratória de “estudo de avaliabilidade (EA).”

Em termos teóricos e práticos, o estudo de avaliabilidade busca determinar:

[...] se há justificativa para uma avaliação extensa e para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação (SILVA, p.33, 2014).

Estudos de avaliabilidade foram inicialmente desenvolvidos por Wholey, em 1979. Buscava-se construir procedimento e método capazes de determinar se os programas ou intervenções estavam prontas para serem avaliadas. Assim este método explora os objetivos, as expectativas, as informações, as necessidades dos gestores e a realidade do programa.

Segunda Wholey (1979), podem-se considerar o estudo de avaliabilidade como um estudo exploratório de uma situação concreta. Seus objetivos incorporam itens de análise estratégica e lógica, destacando-se: (1) identificar se os objetivos estão bem formulados; (2) analisar as relações entre os problemas, os objetivos e as atividades executadas.

Souza et al (2017) apontam dois modelos mais utilizados nos estudos de avaliabilidade: o de Thurston; Ramaliu (2005) e o proposto por Leviton *et al.* (1998). Outro autor (Sousa, 2006) acrescenta o modelo de Smith (1989). Estes três modelos apresentados no quadro 2 possuem definições e etapas distintas, mas é possível encontrar aproximações teóricas e metodológicas, tendo inclusive etapas em comum.

Patton (2008), citada por Silva (2014) aponta que um estudo de avaliabilidade ou análise da situação pode ser realizada de diferentes formas. Como é possível observar no quadro 2, mesmo que os autores sigam passos diferentes nas suas preposições de análise, eles apresentam pontos em comum. A autora destaca que esta análise pode ser realizada a partir das seguintes etapas: (1) compreensão do programa; (2) identificação das principais pessoas-chave; (3) histórico da avaliação do programa; (4) contexto de decisão e ação.

Revisão bibliográfica realizada sobre a temática por Souza, Guimarães e Silva (2017) afirma que em estudo de avaliabilidade não é necessário seguir por todas as etapas acima elencadas em um único estudo. As etapas a serem seguidas devem estar de acordo com os objetivos propostos.

Quadro 2. Etapas de estudos de avaliabilidade. Comparações segundo autores.

Temáticas	Thurston e Ramaliu (2005)	Leviton et al. (1998)	Smith, M. F (1989)
Objetivos e metas	Identificação das metas, objetivos, e atividades que constituem o programa	Análise documental para esclarecimento sobre os objetivos e metas do programa	Determinar os propósitos, os envolvimento e identificar membros dos grupos de trabalho.
Limites	-	-	Definir limites do programa a ser estudado
Análise de documentos	Revisão dos documentos	Entrevista com os informantes-chave para documentar o programa.	Identificar e analisar documentos relativos ao programa
Construção e apresentação dos modelos.	Modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas.	Modelização da intervenção	Desenvolver uma clara Teoria do Programa, ou a lógica do programa e de como seus componentes interagem para produzir os resultados e mostrar os indicadores envolvidos para o alcance dos objetivos
Supervisão	Supervisão do programa ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera.	Realização de oficina para pactuação do modelo lógico com os interessados	
Identificação dos atores e entrevistas.	Identificação de usuários da avaliação e outros envolvidos.	Formulação das perguntas avaliativas.	Identificar e entrevistar os usuários envolvidos
Percepção dos usuários da avaliação	Desenvolvimento de um modelo de programa avaliável	-	Descrever a percepção do Programa pelos usuários
Usuários da avaliação	-	-	Identificar demandas dos usuários, interesses e diferenças nas percepções
Acordo com os usuários	Obtenção de um acordo quanto ao procedimento da avaliação.	-	Determinar a plausibilidade do modelo do programa
Conclusões	-	-	Esboçar as conclusões e recomendações
Apresentação do plano	-	-	Plano específico com os passos para utilização dos dados do estudo de avaliabilidade, e que poderá continuar com a avaliação do programa, a revisão ou, o que não deverá mais ser feito.

Fonte: Elaborado pela autora.

4. METODOLOGIA

A dissertação apresenta dados do projeto piloto da intervenção “*NET para sobreviventes de violência: uma proposta piloto de implementar atendimento terapêutico nos serviços de atenção básica para pacientes com sintomas de TEPT*” em dois serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro durante o período de setembro de 2017 a outubro de 2019.

4.1. Delineamento metodológico

A dissertação usa como estratégia metodológica o *estudo sobre a avaliabilidade da intervenção NET no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP/Fiocruz) e no Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão (CMSHB)*. Busca-se, a seguir, delinear com clareza os pressupostos metodológicos utilizados, dando centralidade aos processos objetivos, subjetivos e simbólicos observados ao longo da introdução da NET nos serviços de saúde investigados, com ênfase nas práticas discursivas dos atores envolvidos. Impõe-se assim valorizar para além dos dados quantificáveis, as percepções dos sujeitos, tendo estas como sinais das experiências vividas no decorrer da intervenção (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Uma das premissas mais tradicionais em pesquisa diz respeito ao distanciamento do objeto, aspecto relevante dado que atuei no presente estudo como a responsável pela análise realizada na dissertação e integrando a equipe de entrevistas diagnósticas e assistindo ao treinamento NET do estudo piloto, interagindo com os demais profissionais que foram treinados e atenderam aos pacientes. Além disto, realizei atendimento no IFF/Fiocruz, instituição não investigada na presente dissertação.

Para Velho (1980), a necessidade de distância mínima do objeto teria como função garantir a neutralidade e a objetividade do pesquisador, dando ao pesquisador a possibilidade de ver com olhos imparciais a realidade estudada, evitando que este se contamine e obscureça sua visão e conclusões. Esta premissa, apesar de difundida e valorizada, principalmente em pesquisas que se utilizam de métodos quantitativos, não é regra absoluta. Há que se ressaltar o “envolvimento inevitável com o objeto de estudo e que isso não constitui um defeito ou imperfeição” (p.123). Para este antropólogo, a antropologia assim como outras ciências, tende a se aproximar mais de métodos qualitativos, que partem da premissa de um trabalho de campo com observação

participante, entrevista aberta, contato direto e pessoal com o universo de estudo, entre outros. Isto por si só representa a necessidade de um contato com o objeto de estudo, uma vivência e proximidade mais detalhada. Para tal, não há como precisar um tempo ou limite, mas sim ter-se em mente a distância social e psicológica. Em resumo,

[...] o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar mas não necessariamente conhecido, e o que não vemos ou encontramos pode ser exótico mas até certo ponto, conhecido. No entanto, estamos sempre pressupondo familiaridade e exotismos como fontes de conhecimento e desconhecimento respectivamente (VELHO, 1980, p.126).

Assim ao pesquisador que visa olhar para aquilo que lhe é familiar, coloca como ponto de partida a questão do seu lugar, das possibilidades de relativizá-lo e até transcendê-lo. O campo das ciências sociais se constitui e se estrutura nessa conjuntura, voltado para um exame crítico do objeto estudado. Assim, o trabalho sobre uma realidade familiar tem a possibilidade de desdobrar-se em nova dimensão de investigação científica.

O fato de participar como autora e pesquisadora distancia-se da noção de neutralidade e do distanciamento do pesquisador apontada por Velho (1978), apoiando-se no envolvimento inevitável com o objeto de estudo e que isso não constitui “defeito ou imperfeição” (p.123). A partir da dupla entrada no campo de pesquisa ampliou-se a interação com os sujeitos da pesquisa e a possibilidade de conhecer os processos de implementação de diversos ângulos. Este papel demandou constante reflexão, relativizar as distâncias e a objetividade, proporcionando uma cautelosa construção de conhecimento. Esta experiência permitiu para a pesquisadora analisar e estudar aquilo que é familiar sem a utopia de neutralidade e imparcialidade total (VELHO, 1978).

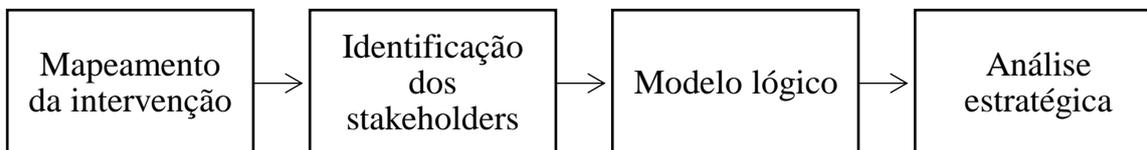
Não se pretende aqui simplificar ou relativizar a questão de pesquisa científica do objeto familiar, mas reforçar a necessidade de reflexão crítica e sistemática nestas situações. Foi necessário estar atento para que o familiar não comprometesse a produção de conhecimento. Sendo, em certa medida, até mais complexo o processo de descoberta acerca do familiar do que daquilo que é mais distante, que o autor chama de exótico. Nas palavras de Velho (1980):

A realidade (familiar ou exótica) sempre é filtrada por determinado ponto de vista do observador, ela é percebida de maneira diferenciada. Mais uma vez não estou proclamando a falência do rigor científico no estudo da sociedade, mas a necessidade de percebê-lo enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideologia e sempre interpretativa (VELHO, 1980, p. 129).

4.2. Estudo de avaliabilidade (EA)

Para a realização do EA foram determinadas as seguintes etapas a serem seguidas na dissertação conforme a figura 1 abaixo:

Figura 1. Etapas do estudo de avaliabilidade da dissertação



Fonte: Elaborada pela autora.

- 1- *O Mapeamento da intervenção* foi realizado através de análise documental. Esta se caracteriza pela coleta de informações em diferentes fontes documentais que permitam o mapeamento descritivo do projeto ou programa. Esse processo de coleta de informações permitiu caracterizar o programa, traçar seus objetivos, público-alvo, metas principais e efeitos a serem alcançados. Este mapeamento no estudo de avaliabilidade foi importante para a consolidação da linha do tempo do projeto e também para a identificação de atores potenciais, os chamados *stakeholders*, que serão entrevistados através de questionários semiestruturados formulados com perguntas específicas para o perfil de cada entrevistado, seus conhecimentos e objetivos no projeto e as ações desenvolvidas (FIGUEIRÓ *et al*, 2010).
- 2- A Identificação dos *stakeholders* foi utilizada em busca de mapear com mais profundidade as práticas, crenças e valores dentro de um universo específico. Para tal utilizamos as entrevistas com roteiro semiestruturado como ferramenta para obtenção de dados. Buscou-se com isso coletar indícios de como cada um dos atores identificados e entrevistados percebe e significa a realidade em questão, levantando informações consistentes que permitam ao pesquisador descrever e compreender a lógica que preside estas relações (DUARTE, 2004).
- 3- O *modelo lógico* busca apresentar de forma explícita e detalhada o funcionamento do programa. Esta etapa reúne a coleta de informação, a definição do problema e os objetivos da intervenção. Champagne (2011) aponta que essa elaboração se faz a partir das informações extraídas da análise documental e das entrevistas. O modelo lógico representa assim a racionalidade interna de funcionamento da intervenção.

- 4- *A análise estratégica*, segundo Champagne (2011), visa identificar a pertinência da intervenção nos dois centros de saúde investigados. Se há adequação entre os objetivos da intervenção e a situação-problema identificada. Baseia-se em três questões principais: a escolha do problema, a escolha dos objetivos e a pertinência da parceria estratégica.

4.3. O projeto piloto net

4.3.1. Visão geral dos participantes e da pesquisa

Os participantes da pesquisa identificados enquanto informantes-chave são denominados *atores* da equipe de gestão do projeto e aqueles que participam da prática da intervenção NET.

O universo da pesquisa engloba todas as etapas do projeto piloto NET. A *implementação da NET ocorre em três serviços de saúde do município do Rio de Janeiro: dois centros de atenção básica* (Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ e Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão - CMSHB) e *um de atenção especializada* (Instituto Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz, no bairro do Flamengo). O foco desta dissertação se restringe ao estudo de avaliabilidade dos dois centros de atenção primária, em função do tempo maior de desenvolvimento das ações nestes locais e por serem locais em que não participei da intervenção. Para melhor entendimento e leitura e mantendo o sigilo da identificação os Centros de Saúde serão identificados a partir de agora com CS1 e CS2. Ressalta-se que ambos os locais onde serão realizadas a investigação desta dissertação são ligados a instituições de ensino e pesquisa estadual e nacional, a saber, a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O **CS1** conta com equipe multidisciplinar ambulatorial (Clínica Geral, Infectologia, Enfermagem, Dermatologia, Homeopatia, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Educador físico, Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social). Atua também como Unidade de Treinamento para ser campo de prática de ensino e pesquisa em Saúde Pública. Conta com 7 equipes de Saúde da Família e 3 de Saúde Bucal. Vinculado ao centro de saúde tem um projeto social que busca contribuir para aprimorar as práticas do cuidado em nível territorial, buscando melhorias das condições de acesso, atendimento e promoção de saúde da população. Vinculados ao CS1 estão Clínica da Família (6 equipes de Saúde da Família - ESF, 3 de Saúde Bucal, 1 de Consultório na Rua, e o Núcleo de

Apoio a Saúde da Família - NASF). Outros serviços existentes são os grupos de promoção e educação em saúde, apoio diagnóstico e outros como: recepção/acolhimento, dispensação orientada de medicamentos (farmácia), esterilização (Central de Material Esterilizado), vacinação, observação clínica de adultos e crianças, tratamento supervisionado de tuberculose multiresistente e tratamento de lesões. É considerado como uma referência clara e acessível através do matriciamento das ESF e no atendimento individual e em grupo. Faz parte da organização da saúde da cidade do Rio de Janeiro estando localizada na área programática (AP) 3.1.

O CS2 oferece entre outros serviços acolhimento e serviços de atenção primária, atendendo a área programática AP 2.2. A equipe conta com sete equipes de saúde da família cadastradas. Também funciona como polo para atividade prática dos residentes em medicina de família e comunidade do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e preceptores, a maioria egressa desse Programa de formação, que orientam os residentes e fazem atendimento aos pacientes. O CS2 oferece serviços multidisciplinares em atendimento ambulatorial como medicina de família e comunidade, serviço social, ginecologia, pediatria, ortopedia e outros. Atendimento odontológico e ainda conta com diversos grupos de acolhimento e acompanhamento como acolhimento da população trans, uso consciente de medicação, combate a violência contra a mulher entre outros.

Os centros de saúde em atenção primária se caracterizam como atenção primária a saúde (APS). Giovanella e Mendonça (2009) definem a atenção primária em saúde como um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que fazem parte da organização do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS). Os serviços de atenção primária são os representantes do SUS que estabelecem o primeiro contato com o paciente. São direcionados e buscam atender e cobrir a maioria das afecções e condições de saúde da população. O modelo de APS é reconhecido mundialmente como a base para um novo modelo de assistência à saúde que tem como objeto central não a doença, mas sim um usuário – cidadão (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Desde a Declaração de Alma-Ata, a APS é vista como função central da organização dos sistemas de saúde e como parte essencial do processo de desenvolvimento social e econômico das comunidades, envolvendo a cooperação entre os setores. Desta forma, a APS é uma estratégia essencial para a atenção a saúde, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, devendo garantir as pessoas e famílias o livre acesso e sua plena

participação. Por ser o primeiro nível de contato entre o paciente e o sistema de saúde e por estar mais próxima das comunidades, tem papel de integrar o processo de assistência sanitária, prevenção, promoção, cura e reabilitação.

Em cada um dos serviços investigados o fluxo do projeto piloto NET foi elaborado a partir das especificidades de cada unidade, em conjunto com os profissionais capacitados e as coordenações envolvidas. O treinamento NET foi oferecido de forma conjunta aos diversos profissionais atuantes nos dois serviços participantes. Este ocorreu em maio de 2018, teve duração de 40hs e foi ministrado pelas psicólogas clínicas experientes em NET Dra. Fernanda Serpeloni (ENSP – Fiocruz) e Dra. Anke Köbach da Universidade de Konstanz (Alemanha). Participaram do treinamento 11 profissionais, entre eles psicólogos, psiquiatras e médicos de família, que compõem o grupo que executa as ações terapêuticas. As supervisões dos profissionais durante as sessões foram realizadas em cada serviço por essas profissionais de modo a garantir a qualidade da intervenção. Outros grupos de profissionais que participam da pesquisa são: estudantes que executam as entrevistas diagnósticas e entrevistas de *follow-up* (equipe diagnóstica composta por quatro estudantes e profissionais de psicologia) e o grupo coordenador da intervenção NET.

4.3.2. Definição dos pacientes atendidos

Os pacientes com suspeita de TEPT eram referenciados ao estudo piloto pelos profissionais da saúde para uma entrevista diagnóstica. As entrevistas foram realizadas por psicólogos com nível de mestrado e estudantes de psicologia treinados.

Foram aplicados os seguintes instrumentos na entrevista diagnóstica:

- Dados sociodemográficos: nível educacional, idade, renda familiar, situação familiar, habitacional e saúde atual.
- Questionário sobre a Saúde do/a paciente - 9 (PHQ-9; Kroenke & Spitzer, 2002), desenvolvido para identificar sintomas de depressão. Possui aplicação rápida e simples, com nove questões, referentes a situações ocorridas nas últimas 2 semanas. As possibilidades de resposta são de 0 a 3, respectivamente: nenhuma vez, vários dias, mais da metade dos dias e quase todos os dias.
- Lista de ameaça à vida humana - THL: Lista de eventos desenvolvida pela Universidade de Konstanz (Köbach, A., Elbert, T.; Schauer, M, *em preparação*)

contendo variada gama de experiências traumáticas, testemunhos que oferecem ameaças à vida e causam impacto na sobrevivência e na aptidão biológica. São potenciais eventos geradores de trauma social e transgeracional.

- Escala de sintomas de estresse pós-traumático, versão entrevista – PSS-I (Foa, 1995): utilizada para avaliar os sintomas de estresse pós-traumático no último mês. A escolha desta se dá pela sua vasta utilização pelo mundo. Consiste em questões baseadas nos sintomas de TEPT definidos no DSM-V: memórias intrusivas, evitação, alterações negativas no humor e na cognição, alterações na excitação e reatividade associadas ao trauma. As perguntas possuem quatro opções de resposta de acordo com a frequência do sintoma. “nenhuma vez”, “uma vez por semana ou menos”, “2 a 4 vezes por semana” ou “5 ou mais vezes por semana”. A severidade do TEPT é a soma da frequência dos sintomas. O diagnóstico do TEPT é determinado contando os sintomas (classificado com 1 ou mais) por grupo de sintomas: presença de evento traumático (critério A), um ou mais sintomas intrusivos (critério B), um ou mais sintomas de evitação (critério C), dois ou mais sintomas de alteração na cognição e no humor (critério D), dois ou mais sintomas de excitação e reatividade aumentada (critério E), duração dos sintomas há mais de um mês (critério F), sofrimento clinicamente relevante em diferentes aspectos da vida como profissional e pessoal (critério G). Além disso o entrevistador verifica se sintomas não são devidos a efeitos fisiológicos de alguma substância ou outra condição médica (DSM-V).

O público alvo da intervenção são os pacientes homens ou mulheres (maiores de 18 anos que apresentem como critério de inclusão os sintomas de TEPT e com critérios de exclusão a presença de nível de intoxicação por entorpecentes durante as sessões de intervenção e doenças neurológicas que afetem a capacidade cognitiva.

Foram realizadas entrevistas de *follow-up* após seis meses do término do tratamento, em que foram aplicados novamente os instrumentos utilizados na entrevista diagnóstica, visando avaliar se houve a redução dos sintomas de TEPT e a manutenção desta redução. O entrevistador não sabia da condição do paciente durante a aplicação do instrumento de seguimento, isto é, se o paciente passou por terapia NET ou se estava na lista de espera. A aplicação destes instrumentos possibilitou a análise quantitativa dos resultados do projeto piloto.

4.3.3. Mapeamento da intervenção através do levantamento documental

A primeira etapa da análise documental se deu pelo levantamento e organização dos documentos disponíveis. Documentos advindos de diversas fontes como:

- manuais sobre a intervenção NET em inglês e sua adaptação para o português;
- projeto do estudo piloto;
- cronogramas e atas dos treinamentos realizados;
- atas e anotações das reuniões com os Centros de saúde, da equipe de gestão e da equipe responsável pelas entrevistas diagnósticas e de *follow-up*;
- registros acerca das supervisões oferecidas, para equipe de entrevistas diagnósticas e *follow-up*, bem como para os terapeutas;
- apresentações e sensibilização realizadas;
- planilhas de controle de triagem e atendimentos.

A estratégia de análise documental é largamente utilizada em pesquisas das ciências sociais e da área de humanas. O uso de fontes escritas foi indispensável e é a base do trabalho de investigação na maior parte das pesquisas. Uma pesquisa pode ser realizada a partir do uso de documentos históricos ou contemporâneos, desde que considerados cientificamente autênticos e relevantes. Ludke e André (1986) ressaltam que o uso da análise documental em pesquisa tem seu valor a partir de pesquisas históricas e sobretudo dos métodos críticos utilizados sobre essas fontes escritas. Para a pesquisa qualitativa, que é o nosso caso, a análise documental se constitui uma técnica importante utilizada para complementar as informações obtidas pela utilização de outras técnicas, seja para apontar novos aspectos, temas ou problemas.

Lopes e Galvão (2001) apontam que os documentos analisados não falam por si só, sendo essencial ter-se em mente quais perguntas serão feitas a estes documentos. Os documentos, as fontes são meras testemunhas que irão responder as perguntas realizadas pelo pesquisador. Desta forma, as perguntas norteadoras definidas pelo pesquisador são tão importantes quanto os documentos ao longo dessa análise. Estas perguntas irão dar sentido ao documento. Le Goff (1990) resalta que os documentos são sempre o resultado de uma montagem histórica, seja consciente ou inconsciente, tendo influência da época, da sociedade que o produziu, mas também das épocas sucessivas. Os documentos são sempre o produto da sociedade, das relações e das forças que agiam naquele momento. Assim o que dá relevância ao documento são as forças de poder coexistentes na época.

Desta forma, para a pesquisa cabe ao pesquisador não só ter conhecimento dos documentos, mas também ter em mente o contexto histórico da produção e manutenção dos documentos, além de ter claro e presente as perguntas a serem realizadas a estas fontes e documentos.

4.3.4. Identificação dos *stakeholders* e realização de entrevistas

A identificação dos profissionais para a etapa das entrevistas foi realizada a partir da perspectiva de um Estudo de Avaliabilidade, que é a descrição mais completa da intervenção, levantando as questões-chave a serem abordadas. Os *stakeholders* participantes das entrevistas estavam envolvidos em algum grau com a implementação da intervenção, seja no campo da gestão, das entrevistas diagnósticas ou da terapia NET. Suas participações na pesquisa foram direcionadas para o entendimento do uso dos recursos disponíveis e a pertinência dos objetivos, para garantir maior confiabilidade aos dados obtidos e para contribuir com o debate sobre o aprimoramento da intervenção (BARATIERI *et al*, 2019)

Foram realizadas 15 entrevistas para a abordagem qualitativa da pesquisa, a partir de roteiros de entrevista semiestruturada. Os informantes-chave identificados foram divididos em três grupos: (1) terapeutas NET, (2) equipe diagnóstica, (3) gestão, identificados através das seguintes siglas na seção de resultados:

- *Profissionais treinados em NET* (Apêndice 1). IDENTIFICAÇÃO: Terapeuta NET (T) acrescido da formação - médicos ou psicólogos (M ou P), com identificação numérica e sexo (♀ ou ♂). Assim teremos. TP1♀, TP2♂, TP3♀, TM4♀, TM5♀, TM6♀, TM7♂ e TM8♂.
- *Profissionais que realizaram a entrevista diagnóstica dos pacientes para a terapia* (Apêndice 2). IDENTIFICAÇÃO: equipe diagnostica (TR), acrescido da formação de psicólogo formado ou de estudante de psicologia (P ou E), com identificação numérica e sexo, no caso apenas feminino (♀). Assim termos: TRP1♀, TRE2♀ e TRE3♀.
- *Profissionais que compõem a gestão do projeto de Intervenção NET* (Apêndice 3): IDENTIFICAÇÃO: (G) seguindo de uma identificação numérica para cada pessoa, acrescido do símbolo referente ao sexo, neste caso apenas feminino (♀). Sendo assim teremos. G1 ♀, G2 ♀, G3 ♀ e G4 ♀.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, sendo devidamente gravadas após a autorização dos entrevistados. Estas entrevistas foram transcritas e tornaram-se um corpo textual apropriado para a utilização da técnica de análise de conteúdo.

A entrevista como instrumento de coleta de dados pode ser utilizada com adequações em contextos individuais ou grupais. Permite trazer à tona informações sob diversos ângulos, permitindo a melhor compreensão e integralização dos dados (MORE, 2015). Bosi e Uchimura (2007) apontam que uma estudos de avaliação e monitoramento de cunho qualitativo consistem em uma análise direcionada para a produção subjetiva que há nas práticas em saúde. Não se restringem a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas. Para os autores essa forma de análise se difere de uma avaliação da qualidade, como havia proposto Donabedian (1980). Porém não se excluem já que os elementos apontados anteriormente possibilitam expressões objetivas, ou seja, voltadas às dimensões de qualidade que admitem a objetivação. Sendo assim, não apresentam posições dicotômicas, mas complementares.

A abordagem qualitativa engloba estratégias que se propõem a ser menos estruturadas e que busquem maior valorização da dimensão subjetiva, possibilitando a aplicação e melhor compreensão da contextualização da avaliação, melhor apreensão das percepções envolvidas e também maior envolvimento dos atores. Todo processo de análise qualitativa necessariamente deve incluir os atores envolvidos. Isso significa dizer que se deve incluir suas demandas subjetivas, os valores e sentimentos envolvidos, tendo a habilidade em reconhecer os conflitos existentes em toda relação humana.

Um aspecto que potencializa a abordagem qualitativa é a análise que agrega múltiplas fontes de informação, como entrevistas, observações e análise de documentos (Freitas & Jabbour, 2011). Por meio destes instrumentos de coleta de dados, se admite uma relação mais próxima e sistêmica entre o pesquisador e o objeto de estudo. Desta forma o pesquisador tem a possibilidade de alcançar diversos detalhes formais e informais e aqueles que dificilmente seriam alcançados apenas pelo enfoque quantitativo.

Para realizar a análise é necessário conhecer e aprofundar a compreensão que os atores envolvidos estão tendo dos processos e dos resultados, considerando esta compreensão como complexa e integrada por ideias, padrões e interesses, individuais ou coletivos. É importante também analisar a estrutura física e de recursos humanos envolvida com a intervenção. Minayo (2009) aponta que para que se tenha sucesso uma

avaliação de cunho qualitativo precisa ser encarada tal qual um processo, reconhecendo os atores institucionais envolvidos.

4.4. Elaboração do modelo lógico e análise estratégica dos dados

A elaboração de um modelo lógico se faz enquanto etapa essencial para um estudo de avaliabilidade, conferindo a este estudo maior validade e confiabilidade. Esta etapa também é útil pois agrega informações e sintetiza a descrição da intervenção e auxilia a definição dos insumos, da identificação das atividades planejadas e realizadas, dos objetos e explora possibilidades futuras da intervenção (BARATIERI, *et al*, 2019). A elaboração se deu através da coleta de dados pela análise documental, da efetiva participação da pesquisadora também como participante da intervenção e com a análise qualitativa das entrevistas.

A análise dos dados **qualitativos** foi realizada por meio de análise de conteúdo (AC) na modalidade temática. A análise de conteúdo se configura como um método de análise de texto desenvolvido pelos pesquisadores das ciências sociais. Proporciona a descrição de características do texto como as qualidades, tipos e distinções (BAUER; GASKELL, 2002). Na perspectiva da análise de conteúdo, o corpo do texto expressa aquele que a escreve, permitindo criar indicadores, valores, atitudes, opiniões e compará-los entre a comunidade estudada. Para tal utiliza procedimentos das dimensões sintáticas e semânticas, observando entre outros aspectos a utilização e frequência das palavras, suas repetições, características e vocabulário, assim como seus sentidos conotativos e denotativos (BAUER; GASKELL, 2002).

A partir da visão de Minayo (2006) a análise qualitativa na modalidade temática se apresenta como uma escolha adequada de metodologia quando o pesquisador busca descobrir os núcleos de sentido que fazem parte da comunicação. Dessa forma prioriza-se por uma análise mais interpretativa do que uma análise de inferências estatísticas. A análise temática tem etapas que devem ser seguidas, por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias específicas seguidas de um reagrupamento analítico. Dessa forma podemos inferir que comporta dois grandes momentos. O levantamento e categorização dos elementos e a classificação e organização da mensagem.

Desta forma, nossa investigação priorizou a busca pela compreensão do universo estudado. Partindo de uma leitura das falas obtidas nas entrevistas, seguida de níveis mais profundos de relação das estruturas semântica e das estruturas sociológicas, sempre

buscando articular estas falas com os fatores determinantes de suas características prévias (psicossocial, contexto cultural, formação acadêmica e outras) (MINAYO, 2010).

Ainda de acordo com as orientações de Minayo (2010) seguimos os seguintes passos: (1) pré análise, onde se tem a tomada de decisões sobre o que se pretende investigar. Determinando o a unidade de registro e do contexto, realizada por meio de leitura flutuante, constituição do corpus, tendo em mente os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. (2) exploração do material por meio de classificação das falas. Classificando as unidades de registro (frases, texto significativos) nas determinadas categorias para uma melhor compreensão do texto. (3) síntese das falas através da compreensão e identificação dos núcleos de sentido, que são mais bem descritas na etapa apresentação dos resultados.

Por tudo que apontamos, podemos dizer que o principal objetivo desta análise é compreender. Compreender é desenvolver a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Dessa forma deve-se ter o entendimento da singularidade e da subjetividade de cada indivíduo envolvido.

Para compreender é preciso ter uma relação de empatia e troca entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Minayo (2003) aponta para importância da relação entre pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Para tal o trabalho de campo vai além do levantamento e da discussão da produção bibliográfica. Esta dinâmica de relação se torna fundamental no decorrer de uma pesquisa, possibilitando a articulação de conceitos e a sistematização da produção de conhecimento.

Alguns poucos dados quantitativos referentes aos resultados dos testes aplicados nas entrevistas diagnósticas e nas entrevistas de acompanhamento (*follow-up*) são apresentados de forma descritiva, visando apontar os resultados parciais obtidos no estudo piloto e enriquecer o conhecimento da terapia NET.

4.5. Questões éticas

O presente projeto foi aprovado pelos comitês de ética da Universidade de Konstanz (Alemanha), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (CAAE 82095418.8.0000.5240, 82095418.8.3002.5279, 82095418.8.3001.5269).

O estudo seguiu os preceitos da Resolução 466/2012 e da 510/2016 do Conselho

Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantida a confidencialidade dos dados, sigilo da identidade dos entrevistados e participação voluntária. Foi resguardado aos sujeitos a liberdade de retirarem seu consentimento a qualquer momento e/ou deixarem de participar da pesquisa sem nenhum tipo de penalização.

5. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos ao longo do estudo piloto da intervenção NET em dois serviços públicos de saúde (CS1 e CS2). Os dados referem-se ao período entre setembro de 2017 a outubro de 2019. Conforme apresentado na metodologia, os resultados serão apresentados conforme as etapas do estudo de avaliabilidade que este estudo se propôs a fazer. Muitas ações ocorreram concomitantemente, estando ajustadas na apresentação dos resultados. Didaticamente, a ordenação adotada para a apresentação dos resultados é: mapeamento da intervenção (linha do tempo), modelo lógico, mapeamento dos *stakeholders* e análise estratégica.

5.1. Mapeamento da intervenção

A Figura 2 (abaixo) esquematiza e dá a visão geral das etapas da implementação do projeto NET. A linha do tempo foi construída a partir da análise documental, utilizando as atas, agendas e documentos referentes ao projeto piloto, as entrevistas realizadas com os informantes-chaves e a participação da pesquisadora nas ações descritas.

Pode-se observar que para a efetiva implementação do projeto NET foi necessário um período de amadurecimento, que começa a tomar corpo a partir de motivações variadas, ou seja, da convergência entre as demandas observadas pelos impactos que a violência causam na saúde da população, somadas as responsabilidades sociais e científicas dos pesquisadores e terapeutas NET, a FIOCRUZ e o CLAVES⁴ em desenvolver pesquisas estratégicas, realizar a formação profissional, assessorar organizações nacionais e internacionais e atuar na formulação de políticas e intervenções. Neste período foi apresentado aos pesquisadores do Claves a proposta NET e a partir da cooperação internacional (FIOCRUZ e Universidade de Konstanz) foi possível implementá-la no Brasil. Já em janeiro de 2018 o projeto piloto NET concorreu e foi selecionado para financiamento pelo *Young Scholar Fund* (YSF) da Universidade de Konstanz. Com o financiamento estabelecido em março de 2018 a equipe de gestão começa a trabalhar nas parcerias para a implementação e documentações para os

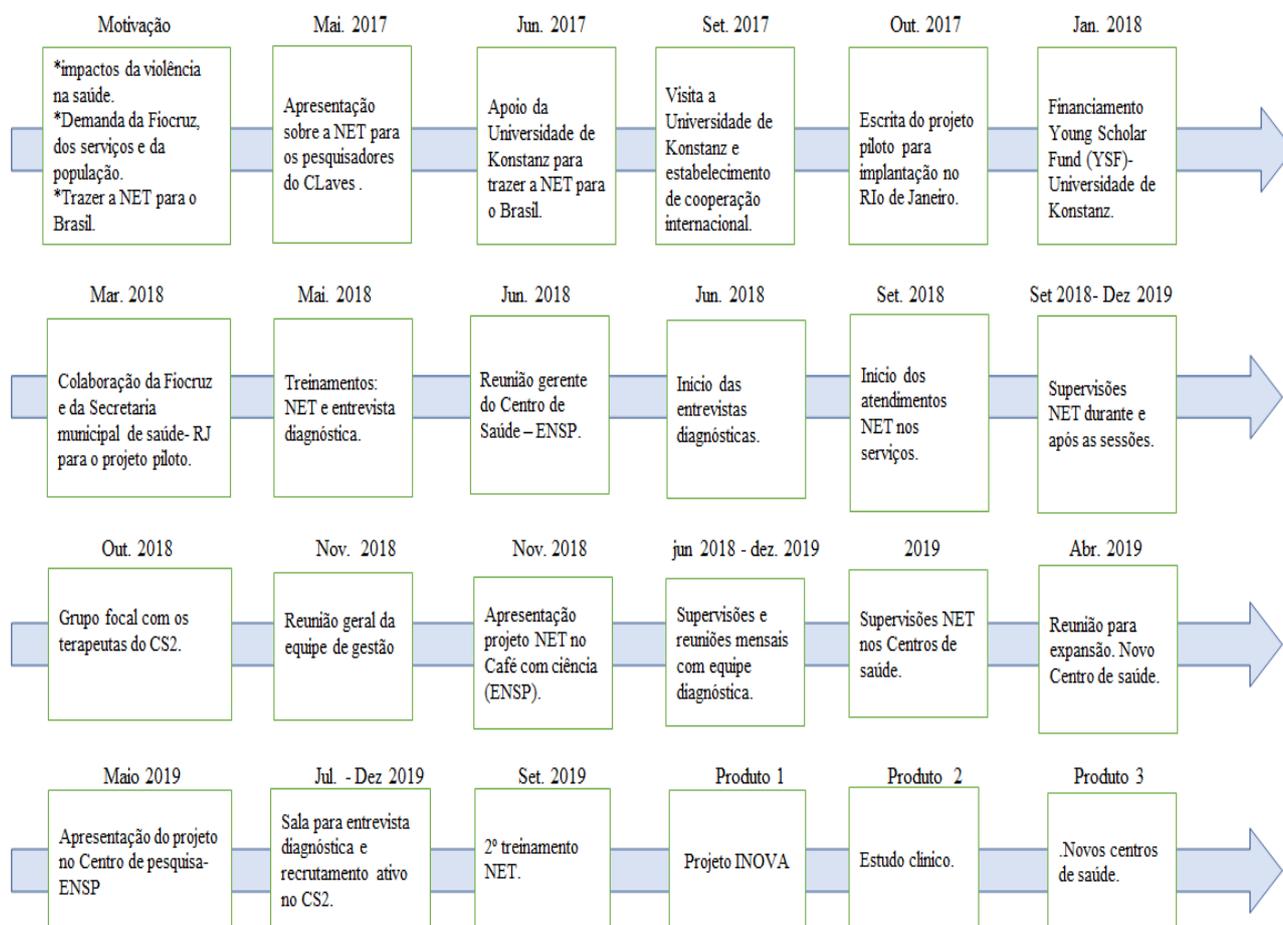
⁴ O Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) é um centro de pesquisa, ensino e assessoria, com o objetivo de investigar o impacto da violência sobre a saúde da população brasileira e latino-americana. Integra a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, unidade da Fundação Oswaldo Cruz.

respectivos Comitês de Ética dos serviços de saúde envolvidos (FIOCRUZ e Secretaria Municipal de Saúde). Em maio de 2018 foram realizados os primeiros treinamentos para a equipe que ficou responsável pelas entrevistas diagnósticas e pelo *follow-up* e também para os profissionais que foram responsáveis pela aplicação da terapia NET. Ao longo do projeto fizeram-se necessárias diversas reuniões e apresentações com as equipes da gerência dos centros de saúde e periódicas sensibilizações das equipes em junho e novembro de 2018 e em abril e maio de 2019. Essas reuniões e apresentações também foram importantes para o estreitamento da relação entre a equipe NET e os Centros de saúde, contribuindo para o reconhecimento do Projeto NET nos Centros de Saúde e também para redirecionar e alinhar os rumos das ações. Ainda em junho de 2018 deram início as entrevistas diagnósticas nos centros de saúde, etapa importante para o adequado diagnóstico da presença do TEPT antes de iniciar a terapia NET. Esse fluxo de encaminhamento será melhor explicitado mais adiante no texto. Sendo assim, seguindo as entrevistas diagnósticas, os atendimentos NET tiveram seu início em setembro de 2018 nos dois centros de saúde.

Na figura 2 também é possível observar que os encontros de supervisão foram mais frequentes no período entre setembro de 2018 e dezembro de 2019, ocorrendo inclusive com atendimento conjunto, seguindo os encontros de supervisão ao longo do ano de 2019, acompanhando a frequência dos atendimentos da terapia NET. Cabe apontar que ao longo de todo ano de 2019 foram realizadas as entrevistas diagnósticas e de *follow-up*, que também contaram com encontros frequentes de supervisão.

Um ponto da figura 2 que é importante ressaltar foi a liberação de uma sala para realização dos atendimentos e início do recrutamento ativo no CS2 no período entre julho e dezembro de 2019, que representou um reconhecimento da importância do projeto e da confiança da gerência nos resultados deste. Em abril de 2019 houve uma reunião com outro Centro de saúde, vinculado a Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para expansão do projeto NET. Em consonância a esta expansão em setembro de 2019 foi realizado um novo treinamento para terapeutas NET, tanto para novos profissionais dos centros de saúde participantes e também para profissionais de novos centros de saúde. A figura 2 mostra ainda que antes do final de 2019, o projeto piloto NET já conta como produtos para a continuidade a expansão da atuação para outros centros de saúde, um novo financiamento pelo projeto INOVA – FIOCRUZ e o início de um Estudo Clínico. Estas ações, embora transcendam o estudo piloto, já indicam a expansão do projeto e os esforços dispendidos pelas equipes na etapa piloto.

Figura 2. Linha do tempo NET, ações realizadas e produtos finais do estudo piloto, setembro de 2017 a outubro de 2019



Fonte: Elaborada pela autora.

5.2. Modelo logico operacional

Na Figura 3 (abaixo) apresentamos o modelo lógico elaborado ao longo do estudo de avaliabilidade do estudo piloto NET, que engloba todos os componentes, atividades, recursos necessários e utilizados e os produtos de cada etapa. No modelo lógico (figura 2) observamos três momentos do projeto piloto NET, que para melhor entendimento didático foram divididos em: (1) *organização e planejamento*, que contempla as atividades que precedem as atividades de treinamento e a intervenção. Nesta etapa foram necessários recursos humanos e financeiros para que se conseguisse chegar aos resultados esperados e necessários para a próxima etapa. (2) No segundo momento que chamamos de 1º etapa – projeto piloto NET, foram realizadas diversas atividades voltadas para a capacitação de profissionais e consequente intervenção destes nos seus respectivos centros de saúde. Essa etapa é a que obteve maior variedade de atividades e também de recursos e resultados. As

atividades foram focadas nas capacitações dos profissionais e na consequente utilização da terapia NET nos seus respectivos serviços. Para tal, foram necessários recursos físicos como sala, material para linha da vida e também recursos acadêmicos como capacitação de identificação do TEPT, além de constante formação e atuação da equipe. Como resultados já foi possível ter profissionais treinados e atuando com a NET nos seus serviços e a confiança e reconhecimento destes nos centros de saúde. (3) Por fim, segue a 2ª etapa, onde tem-se como atividades os produtos que preveem a continuidade da intervenção NET, que requer recursos como equipe e financiamento e já conta com alguns resultados.

Figura 3. Componentes, atividades, recursos e resultados do estudo piloto NET, setembro de 2017 a outubro de 2019



Fonte: Elaborada pela autora.

Cabe apontar que ambas as figuras apresentadas acima (figura 2 e figura 3) tem por finalidade apresentar uma visão geral do projeto piloto NET, das etapas, ações e resultados até momento. Os elementos apresentados nestas serão melhor aprofundados nos tópicos a seguir dos resultados.

5.3. Identificação, entrevistas e análises das falas dos *stakeholders*

Nesta etapa foram utilizadas as entrevistas semi estruturadas como instrumento de coleta de dados. Abaixo é apresentado o compilado dos principais dados encontrados divididos dentre as modalidades temáticas trabalhadas.

5.3.1. Organização e planejamento do projeto piloto net

5.3.1.1. Motivação e colaboração internacional

O estudo piloto NET surgiu de um encontro entre diferentes demandas e experiências. Destaca-se como fatores decisivos para a idealização do projeto a vinda da pós-doutoranda, Dra. Serpeloni, experiente em NET que havia terminado o doutorado na Universidade de Konstanz e que tinha interesse em trazer a NET para o atendimento a pessoas em situação de violência. Sua entrada no Claves, departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca foi fundamental, pelo fato do setor realizar pesquisas sobre os impactos da violência na saúde há mais de três décadas.

O Rio de Janeiro é reconhecidamente um local com altos índices de violência, aspecto salientado pelas gestoras como fator relevante para a busca por uma terapia que possa ser utilizada em serviços de saúde, aspecto que serviu como motivação para a implementação do projeto piloto NET: *“todo lugar onde há muita violência há alta frequência de TEPT”* (G2♀). Como agravante tem-se a falta de atendimento especializado a pessoas em situação de violência: *“a precariedade no atendimento a vítimas de violência que sofrem com algum transtorno associado ao estresse não é só aqui no Brasil, é no mundo inteiro”* (G1♀). O projeto piloto NET visa trabalhar essa lacuna no atendimento, uma vez que propõe *“uma estratégia de intervenção na saúde mental das pessoas com relação a alguma questão da violência”* (G3♀).

A referência a demanda institucional existente na Fiocruz foi citada pelos gestores:

Em termos do Claves foi ter uma pesquisa que operacionaliza algum tipo de procedimento, condutas e estratégias para lidar com a violência (G3♀).

Com o programa institucional da FIOCRUZ, essas demandas por ações para a população que sofre ali na comunidade, assim como para os profissionais de saúde, estão muito intensas, muito fortes [...] A gente vê nos estudos que as pessoas estão com dor crônica, há vinte anos com dor crônica, sei lá, trinta anos de depressão. E está no serviço de saúde (G4♀).

A experiência no campo de saúde e violência bem como a experiência no tratamento a pacientes em situação de violência, aliadas às demandas de ação da Fiocruz, fortaleceram a escrita do estudo piloto. A articulação e apresentação da proposta da NET no Brasil foi idealizada pela pós doutoranda Dra. Serpeloni e apresentada para os pesquisadores de ambas as instituições. Como colaboradores da Universidade de Konstanz tem-se o Departamento de Psicologia e Neurociências representado pelo Prof.

Dr. Thomas Elbert, Dra. Anke Köbach e Dra. Maggie Schauer. Prof. Elbert e Dra. Schauer, juntamente com o Prof. Dr. Frank Neuner, foram os fundadores da terapia NET e conduziram inúmeros estudos sobre sua eficácia disseminando a NET para diversos países (Schauer et al., 2011). Dra. Serpeloni trazia a experiência e sua trajetória com a NET, uma vez que já realizava treinamentos NET internacionalmente e tinha atuado com refugiados e vítimas de guerra do leste europeu e de países africanos enquanto fazia doutorado na Alemanha sob supervisão do Dr. Elbert (2012 a 2016). Na época, Dra. Serpeloni atuava na clínica de psicotraumatologia da universidade sob supervisão da Dra. Schauer. A instituição colaboradora brasileira, conforme sinalizado, é o Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz) representado inicialmente pela Dra. Simone Gonçalves de Assis e posteriormente também pela Dra. Joviana Q. Avanci.

A demanda dos moradores dos territórios para intervenções visando a redução dos efeitos da violência à Fiocruz ficou registrada em 2017 durante um evento da Cooperação social da FIOCRUZ⁵, que contou com a participação do Claves para falar sobre o tema “violência armada e estresse pós-traumático”:

O público do evento era diversificado. Tinha agentes de saúde, pesquisadores, alunos e moradores do território de Manguinhos entre outros. Após a apresentação tiveram muitas perguntas sobre o tema. Moradores falaram sobre o quanto eles estavam sofrendo de problemas de saúde mental associados aos eventos de violência. Os agentes de saúde relataram que eles próprios observavam muitos problemas de saúde mental nos pacientes. Teve também um claro pedido à Fiocruz que oferecesse alguma intervenção para cuidar da saúde mental da população. Nesse momento, comentei que estávamos planejando um projeto de intervenção mas que ainda precisávamos de financiamento. Estávamos idealizando o projeto na época e a procura de recursos (G1 ♀).

A vantagem da implementação da NET nos serviços de saúde refere-se ao seu baixo custo, à sua eficácia comprovada e à possibilidade de disseminação.

Esse tipo de atuação, NET no caso, é fundamental para ser inserido, enquanto estratégia de política pública. (...) A gente não tem terapias ou ações no serviço de saúde público voltados para a violência. E as ações que os profissionais de saúde mental fazem não são específicas para a questão da violência, são ações muito gerais (G4 ♀).

5.3.1.2. Elaboração do projeto NET no Rio de Janeiro

Para a efetiva ação do projeto, existem etapas anteriores que estamos nomeando como etapa de elaboração. Em maio de 2017 o projeto NET começou a ser idealizado. Em

⁵ Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/violencia-provoca-panico-e-deixa-sequelas-em-trabalhadores-e-moradores-de-favelas>>.

setembro de 2017 a Dra. Serpeloni realizou uma estadia de pesquisa na Universidade de Konstanz e a colaboração para a realização da NET foi firmada com esta Universidade. Em outubro, o projeto foi escrito pela Dra. Serpeloni e Dra. Köbach e submetido a um edital da Universidade de Konstanz chamado “*Young Scholar Fund*”. Em janeiro de 2018 o projeto foi aprovado.

Na mesma época do pedido de financiamento o projeto foi submetido aos comitês de ética da Universidade de Konstanz e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Como o estudo foi realizado com colaboração internacional também precisou ser submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). “*Tivemos que esperar por muitos meses pela aprovação do CEP e isso, com certeza, é um obstáculo*” (G4♀). Além disso, como a pesquisa iria abordar um serviço de saúde vinculado a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, após a apreciação e aprovação da CONEP o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Demorou (...) mais de oito meses pra gente ter [permissão] de todos os centros de saúde* (G1♀).

Uma das pesquisadoras ressalta como foi difícil e longo o fluxo de análise dos comitês de ética prejudica não só o cronograma e execução do projeto, mas a pesquisa no país, de forma geral.

É um obstáculo para os pesquisadores brasileiros, para que eles possam competir com cientistas internacionais, se tiver que esperar meses para ter seu projeto aprovado. E também é negativo para trazer financiamento e pesquisas para o Brasil, com essa demora (G2♀).

A adaptação do Manual NET para o português foi realizada pela Dra. Fernanda Serpeloni, sendo utilizado como material central nos treinamentos.

5.3.2. Capacitação e treinamento

5.3.2.1. Capacitação para as entrevistas clínicas diagnósticas

O treinamento ocorreu em maio de 2018, teve duração de 16 horas, estando voltado para alunos de graduação em psicologia e mestrado em saúde coletiva que iriam se dedicar as etapas de entrevista diagnóstica e *follow-up* do projeto piloto. Este treinamento aconteceu no Rio de Janeiro em dois finais de semana e foi ministrado pela Dr. Fernanda Serpeloni e pela Dra. Anke Kobach, responsáveis pelo projeto NET.

Participaram do treinamento estudantes de psicologia que realizam iniciação

científica no CLAVES e psicólogas alunas do mestrado da Fiocruz. No quadro 2 abaixo é possível identificar mais detalhes sobre o perfil das participantes do treinamento da equipe diagnóstica.

Quadro 3. Perfil dos integrantes da equipe diagnóstica do projeto piloto NET.

Identificação	Formação	Vínculo com a FIOCRUZ	Sexo
TRP1♀	Psicóloga	Aluna de mestrado ENSP	Feminino
TRE2♀	Estudante de psicologia	Iniciação científica claves	Feminino
TRE3♀	Estudante de psicologia	Iniciação científica claves	Feminino
PESQ♀*	Psicóloga	Aluna de mestrado IFF	Feminino

Fonte: Elaborado pela autora.

O treinamento contou com parte teórica e prática supervisionada especialmente voltado para a compreensão e aplicação dos questionários, estando pautado na parte teórica sobre o TEPT e a NET:

Me ajudou no nível de conseguir entender melhor as perguntas, saber como abordar os pacientes e como acolhê-los (TRE3♀).

É um questionário muito longo, muito denso. E tem questões que se a gente não passar uma a uma, a gente não vai saber nem explicar pra pessoa que a gente está entrevistando (TRP1♀).

Abaixo (quadro 3) é possível observar o conteúdo programático utilizado nesta capacitação e as estratégias metodológicas utilizadas. A parte teórica aborda as questões referentes ao diagnóstico, etiologia do TEPT e etapas da entrevista diagnóstica – temas abordados na primeira data (12/05/2018). Já no segundo encontro a metodologia utilizada convergiu em teoria e prática, apresentando e treinando o preenchimento do questionário, utilizando a técnica do *roll play*.

Quadro 4. Programação do treinamento para entrevistas clínicas diagnósticas. NET- RJ

12/05/2018	16/6/2018
O que é um evento traumático? TEPT (DSM-V)	Implementação das entrevistas diagnósticas e <i>follow-up</i> .
Critérios diagnósticos	Passo a passo do questionário
Entrevista clínica	<i>Roll play</i> da entrevista diagnóstica

O *roll-play* ou *role-playing* consiste em uma técnica que teve sua origem nas práticas do psicodrama, porém vem sendo bastante utilizada em diversos contextos e por diversas abordagens teóricas. No contexto de capacitação e treinamento, esta técnica proporciona aos participantes representar uma situação-problema em ambiente controlado e sob supervisão (SOUZA, 2012). Neste contexto, busca proporcionar aos participantes a experiência ativa da entrevista, possibilitando a vivência de dúvidas e possíveis entraves,

diminuindo a insegurança como questionário e também proporciona *feedback* dos capacitadores, conduzindo o treino e a prática das habilidades e conhecimentos adquiridos.

Além deste momento do treinamento, as primeiras entrevistas diagnósticas foram realizadas sob supervisão *in loco*, ou seja, com a participação do supervisor. Veremos mais a frente a questão da supervisão em detalhes.

Outro ponto a ser destacado sobre o treinamento com a equipe diagnóstica é a melhor compreensão que os participantes relatam em relação ao TEPT.

Eu compreendi como é que o TEPT funcionava” eu não tinha noção do quão grave é esse diagnóstico. E de quanto é importante o tratamento. (TRE3 ♀)

Antes do treinamento eu acho que eu não entendia muito bem o quê que era o estresse pós-traumático em si. A gente vê na faculdade, a gente tem um panorama, mas a gente não para pra estudar o estresse pós-traumático, ainda mais relacionado a violência [...] Eu revisei algumas coisas da faculdade, principalmente a parte de neuro, neuroanatomia, neurociência e aí eu comecei a entender melhor o que é o estresse pós-traumático, a entender como que uma pessoa que tem isso, como é que ela se sente (TRE2 ♀).

Durante todo o estudo piloto foi oferecida supervisão continuada em grupo e individual ao longo do projeto. A equipe responsável pelas entrevistas clínicas diagnósticas e do *follow-up*, ao longo do projeto, também auxiliou na logística e no fluxo dos atendimentos da organização nos centros de saúde, assim como no recrutamento e sensibilizações.

5.3.2.2. Sensibilização e treinamento dos profissionais dos serviços envolvidos na NET

O estudo piloto contava em seu início com uma equipe bastante reduzida e as pesquisadoras estavam envolvidas em diversas outras atividades concomitantes. Devido a estas questões de recursos humanos e de organização, a escolha dos serviços participantes e a **sensibilização** com os profissionais se deram principalmente *por uma questão de logística e adesão/interesse dos serviços*.

No **CS1** o contato inicial se deu por meio da apresentação do projeto realizado pela Dra. Serpeloni em uma reunião com integrantes da instituição [sobre TEPT, violência e NET], incluindo a coordenação do centro de saúde, que demonstrou interesse pelo projeto.

Já no **CS2** uma das pesquisadoras “*foi professora dos residentes do Centro de Saúde, tendo todo esse contato com os preceptores (G1♀). Era professora da abordagem*

familiar, tinha uma relação com esses profissionais muito boa (...) esse vínculo ajudou a agregar o interesse, estimulá-los, na participação da estratégia da NET” (G3♀).

Sobre esta escolha do CS2, o relato mais detalhado informa que:

Procurei por um serviço de atenção primária à saúde que tivesse um programa de residência, e na época me pareceu o do [CS2] o melhor, seja pelo fluxo de atendimento, que atende muitas pessoas. (...) era um misto da saúde da família e o atendimento convencional num centro municipal convencional. Havia então uma quantidade razoável de preceptores que tinham passado pelo programa da universidade e também de residentes (G3♀).

Durante a sensibilização, nos dois centros de saúde citados as gestoras observavam que, quando se apresentava a proposta aos profissionais havia *“interesse, enorme interesse das pessoas em participar” (G3♀).*

As pessoas na hora se identificam. E se a gente pensar em termos assim da rotina dos serviços de saúde, a violência ela está ali... E a violência é um dos estresses mais comuns no ser humano (G1♀).

Além destes dois centros citados também se firmou parceria com o **Instituto Fernandes Figueira (IFF)**. As pesquisadoras tinham vínculo de pesquisa nesta instituição e *“teve uma abertura pra poder desenvolver [a NET]” (G1♀)*. No IFF, ao longo de 2018 e 2019 foram realizadas reuniões e apresentações do projeto para a equipe de médicos, psicólogos e psiquiatras responsáveis pelo acompanhamento ambulatorial de adolescentes, com a equipe que compõem o COJ – ambulatório de saúde mental e também com médicos da unidade de pacientes graves que identificavam TEPT em pacientes ou responsáveis após longas internações em CTI. Como já apontado anteriormente, na dissertação só se apresentam os resultados das intervenções realizadas nos dois centros de saúde de atenção primária CS1 e CS2, pois o processo de implementação no Instituto Fernandes Figueiras foi mais lento.

Como resultados das sensibilizações realizadas nos serviços, foram selecionados 11 profissionais para realizarem de dois treinamentos oferecidos nos meses de maio e junho de 2018. O quadro 4 sintetiza informações destes profissionais. Conforme observado no quadro 3 (abaixo) percebemos que há predominância de profissionais do sexo feminino que atuam nos serviços de saúde já descritos, agregando-se mais uma profissional que foi convidada a participar e tem atuação em serviços no estado de São Paulo. Este convite se deu mediante o interesse desta pelo estudo da intervenção NET e possível desenvolvimento de pesquisa na Universidade de Konstanz. Além disto as formações de base estão divididas entre psicologia e médicos, sendo sua maioria médicos de família, tendo apenas um profissional psiquiatra.

Cabe ressaltar também que a autora desta dissertação participou deste treinamento para capacitação e posterior participação como terapeuta NET no decorrer da pesquisa.

Quadro 5. Perfil dos profissionais treinados em terapia NET/RJ

Identificação	Instituição	Especialidade	Sexo
TP1 ♀	CS1	Psicólogo	Fem.
TP2 ♂	CS1	Psicólogo	Masc.
TP3 ♀	CS1	Psicólogo	Fem.
TPq ♀*	CS1	Psiquiatra	Masc.
TM4 ♀	CS2	Médico de família	Fem.
TM5 ♀	CS2	Médico de família	Fem.
TM6 ♀	CS2	Médico de família	Fem.
TM7 ♂	CS2	Médico de família	Masc.
TM8 ♂	CS2	Médico de família	Masc.
IFF**	IFF	Psicóloga	Fem.
PSI**	----	Psicóloga	Fem.

*Este profissional não realizou atendimento NET no estudo piloto, por isso não foi entrevistado.

** O profissional do IFF e a profissional que veio de outra instituição em São Paulo que realizaram o treinamento não realizaram atendimento no estudo piloto.

O **treinamento de formação** em terapia NET teve duração de 40 horas: 32 horas nas dependências do IFF (teoria e prática) e oito horas (prática) com cada equipe de saúde nos serviços para realização de atividades práticas de pequenos grupos. O treinamento foi voltado para os profissionais da saúde que iriam atuar enquanto terapeutas NET em seus respectivos centros de saúde. Dentre os 11 profissionais que realizaram o treinamento há médicos de família, psicólogos e psiquiatras. Este foi coordenado, planejado e executado pela Dra. Serpeloni (Claves) e pela Dra. Kobach (Konstanz). Contou ainda com o suporte do Dr. Samuel Carleial e da psicóloga Jeanine Narrog, ambos vinculados a Universidade de Konstanz, da Alemanha. O apoio logístico e institucional do Claves e do Instituto Fernandes Figueira (IFF) foi substancial para sua execução, tendo sido ministrado nas dependências do IFF.

O conteúdo do treinamento foi assim definido: (1) abordagem teórica: introdução aos conceitos de TEPT e outros transtornos mentais associados ao trauma; diagnóstico; neurobiologia do estresse e trauma; memória e trauma; implicações para o tratamento e abordagem teórica da NET. (2) prática NET: Terapia de Exposição Narrativa (NET): linha da vida, exposição de pedra e flor.

No quadro 5 encontra-se o cronograma utilizado no treinamento realizado no IFF, recuperado através da análise documental.

Quadro 6. Cronograma do treinamento NET/RJ

Horário	18/05/2018	19/05/2018
Manhã	Introdução, programa, linha da vida em grupos	Trauma & memória
	A biologia da sobrevivência – bases teóricas do trauma e transtornos relacionados ao trauma	NET passo a passo I Psicoeducação e linha da vida
Tarde	Identificação de eventos traumáticos ao longo da vida	Demonstração de linha da vida
	Diagnóstico de TEPT (PSSI)	Linha da vida em pequenos grupos
	25/05/2018	26/05/2018
Manhã	Experiências nos centros de saúde	Exercício NET - tratamento de uma pedra.
	NET passo a passo II	
Tarde	NET - Demonstração	Dissociação no contexto da terapia do trauma. Como tratar sentimentos de culpa e vergonha
	Exercício NET - tratamento de uma flor	Estudo de caso e perguntas

O quadro acima (quadro 5) foi dividido entre os dias e horários do treinamento de formação em NET, assim como o treinamento da equipe diagnóstica, o treinamento contou com metodologias participativas divididos em momentos teóricos e práticas. As etapas “NET passo a passo”, “demonstração da linha da vida” e “exercício NET” são exemplos das atividades ativas e práticas, que buscaram a representação e vivência da terapia NET a fim de reduzir dúvidas, oferecer feedbacks e garantir domínio da técnica. A parte prática em cada centro de saúde foi realizada na semana posterior ao treinamento no IFF e dividido em duas visitas a cada um deles.

Os terapeutas que participaram deste treinamento apontaram que o momento do treinamento foi importante para iniciar o seu trabalho no projeto NET. Falas como “*atendeu a expectativa de preparação*”, “*foi eficaz*”, indicam a avaliação realizada pelos profissionais ao final do treinamento.

O tema suscitou maior desejo de conhecimento na área: “*fiquei curiosa, querendo aprender mais, querendo fazer*” (CS1, TP3♀) e “*foi uma aproximação do tema, que não foi superficial, ela foi profunda*” (CS2, TM5♀). Estas falas demonstram de forma geral como os participantes se sentiram após o período de treinamento.

Outro ponto que surgiu com frequência nas falas foi a metodologia utilizada:

É um treinamento dinâmico, passando um pouco pela teoria e prática (G1 ♀).

O treinamento teórico, ele foi teórico-prático em algum nível, então não foi só teórico. Mas assim, todo treinamento ele dá assim, dá um início. A gente precisa obviamente estar sendo assessorado na prática. (CS2, TM7 ♂).

Acho que todo mundo estava muito interessado em aprender. Achei que foi bem legal essa imersão, para explicar o que era TEPT. Achei que

cumpriu o papel de capacitação para gente começar a utilizar a ferramenta (CS2, TM8 ♂).

Outro ponto que surgiu de forma recorrente nas entrevistas foi a postura e didática utilizada pelos responsáveis pelos treinamentos: “*todas estavam presentes muita tranquilas seguras, muito claras*” (CS1, TP2♂) e também “*é alta a capacitação dos facilitadores*” (CS2, TM5♀). Neste sentido, destacam-se falas como “*a estruturação foi boa, adequada [...]. Todas as pessoas muito inteiradas que faziam o treinamento sobre o assunto*” (CS2, TM6♀).

Os profissionais destacaram a relevância da abordagem prática e teórica durante o treinamento como a parte de ter que “*fazer a pedra e a flor lá*” e ainda

A estratégia das dramatizações, compartilhamento de vivências durante o treinamento para trazer mais para o lado prático da técnica” (CS2, TM6♀).

Eu acho que a parte prática que a gente experimentou bem a técnica também, foi boa. As partes teóricas foram bem explicitadas (CS2, TM7 ♂).

Os exercícios práticos chamados de *roll play*, são utilizados para que os terapeutas em formação consigam vivenciar o desenvolver de um atendimento NET. É importante para a formação que o profissional consiga compreender o passo a passo e as possíveis intercorrências ao longo de um atendimento. O terapeuta NET deve ser capaz de facilitar e guiar o processo de testemunho do paciente, mantendo empatia sem julgamentos. Além disso os exercício práticos tem por base a própria história pessoal de cada um dos profissionais.

Uma das etapas do atendimento NET, a construção da linha da vida, foi bem trabalhada no treinamento. O destaque para esta etapa se deu por este ser um momento essencial para o consequente planejamento da terapia NET. O manual da NET destaca que:

A linha da vida na NET expõe de forma cronológica os destaques emocionais da vida do indivíduo de forma ritualizada e simbólica. O paciente coloca os principais eventos ao longo de uma corda, que simboliza o fluxo contínuo do tempo biográfico. Flores designam eventos felizes, importantes e bons momentos da vida, como por exemplo, ocorrências positivas e fortalecedoras, momentos de realização, de relacionamentos importantes, experiências de felicidade e aceitação. Pedras simbolizam tormentos, especialmente experiências traumatizantes como eventos que apresentam risco de vida ou qualquer coisa que desencadeie uma resposta de alarme ou evoque uma resposta dissociativa, como abuso, estupro, agressão, lesão ou dano, aprisionamento em cativeiro, desastres naturais, acidentes etc. Sobreviventes geralmente também colocam pedras para momentos de

dificuldade na vida, como tempos difíceis (divórcio, demissão, doença etc.). Tais como as flores, as pedras carregam uma mensagem clara e dão estrutura coerente a linha da vida. (SERPELONI & KOBACH, 2018, p.12)

Um outro ponto que os profissionais abordaram nas entrevistas foi a questão da duração do treinamento. Em uma das falas o profissional nomeia o período de treinamento como uma “*imersão*”. Nesse sentido, ele completa que este modelo de imersão “*demandava que a gente tenha uma atenção muito focada no assunto, que é uma coisa que ajuda*” (CS2, TM7♂). Esse foco se mostra importante em outra fala: “*a gente ficou imerso. Acho que todo mundo muito interessado em aprender*” (CS2, TM8♂).

De modo geral os profissionais parecem estar satisfeitos com o conteúdo do treinamento. Alguns apontam para o desgaste gerado pela densidade dos tópicos e sugerem que este seja realizado por um período maior e com mais conteúdo. Principalmente para aqueles que não estão familiarizados com o tema.

Um treinamento um pouco maior e mais detalhado nos ajudasse, pelo menos as pessoas mais afastadas do tema (CS1, TP1 ♀).

Poderia ter uma outra sequência de treinamentos depois do primeiro. [...] principalmente porque é fazendo a NET que você tem maior percepção da técnica. Eu acho que uma outra leva de treinamento iria ajudar muito a aprimorar o treinamento (CS1, TP3 ♀).

Penso que, pela densidade das informações, poderia ter um tempo maior (CS1, TM6 ♀).

Para a equipe de gestão, a questão do tempo mostrou-se nevrálgica, sendo levada em consideração durante o planejamento do treinamento.

Conversamos com os profissionais, marcamos as salas, teve todo uma questão de encontrar um horário em que eles poderiam ser liberados [pela gerência do próprio serviço]. [...] O treinamento era para ser de duas semanas. A gente enxugou o treinamento para caber nessa agenda [dos serviços de saúde] e conciliar. Então teve menos horas de prática (G1 ♀).

É importante ressaltar que o acompanhamento dos profissionais treinados teve continuidade com as supervisões como parte da formação, tema tratado mais adiante: “*como parte do treinamento tem a supervisão teórica e prática, nas atividades, de sentar juntos*” (G1 ♀), aspecto destacado pelos gestores da NET.

Outro ponto importante destacado nas entrevistas foi a mudança de percepção sobre o tema a partir do treinamento:

Eu acho que a gente começou a ressignificar muita coisa no nosso dia-a-dia [...] O mais legal do treinamento foi isso. A gente começou a entender de outra forma, como os processos traumáticos vários influenciam mais à frente na saúde mental (CS2, TM4 ♀).

Neste sentido destacam-se outras falas que conectam o conhecimento teórico e empírico: “*eu acho que abriu os olhos, ou colocou os óculos sobre a questão do TEPT*” (CS2, TM6♀) e “*foi super importante porque a gente acabou fazendo vários links com várias questões da prática*” (CS2, TM5♀).

Em relação ao conhecimento prévio que os entrevistados tinham sobre o TEPT, observa-se que antes do treinamento havia diferentes percepções sobre o tema, com respostas bem variadas, apontando para o desconhecimento ou pouco contato com o tema: “*não era algo que eu me aproximasse. Percepções eram leituras rasas*” (CS1, TP1♀) e “*eu achava que era apenas mais uma manifestação de ansiedade*” (CS2, TM5♀). Outros profissionais declaram que tinham algum conhecimento obtido em estudos prévios: “*meus conhecimentos sobre TEPT vieram das aulas de Psiquiatria da faculdade e de algumas poucas experiências na residência*” (CS2, TM6♀).

Outros profissionais já apontaram que tinham afinidade com o TEPT. “*Era uma categoria que já usava*” (CS1, TP2♂). E que foram agregados novos elementos a partir do treinamento. Também havia profissionais que apontaram que mesmo com conhecimento prévio, a partir do treinamento conseguiu perceber que “*usava pouco esse rótulo e tratava como ansiedade generalizada*” (CS2, TM5♀). De forma geral, aqueles que já tinham conhecimento e utilizavam o TEPT como uma categoria de diagnóstico lidavam com o TEPT relacionado a eventos recentes ou até apenas em situações que o próprio paciente apontava. A partir do treinamento os profissionais entenderam a relevância de abordar os eventos traumáticos para a melhora do sofrimento do paciente.

Em relação especificamente ao tema de transtorno de estresse pós-traumático, eu abordava isso quando o paciente trazia essa questão claramente na consulta e a partir daí eu entrava mais no assunto (CS2, TM6♀).

Pra eu chamar de TEPT, era pra uma coisa bem padrão, assim, pensamentos intrusivos, o cara que ia pra guerra e tal. E aí eu acho que eu ampliei um pouco esse olhar do TEPT (CS2, TM5♀).

5.3.3. Fluxo do atendimento

A partir do treinamento e de novos conhecimentos sobre o TEPT agregados pelos profissionais, passou-se a pensar na elaboração do fluxo para diagnóstico e atendimento de pessoas em sofrimento e com TEPT em conjunto com os profissionais dos serviços. Essa construção conjunta afina-se com um dos objetivos do projeto piloto NET, de que a terapia se integre ao funcionamento do serviço e permaneça para além do período do

projeto piloto NET.

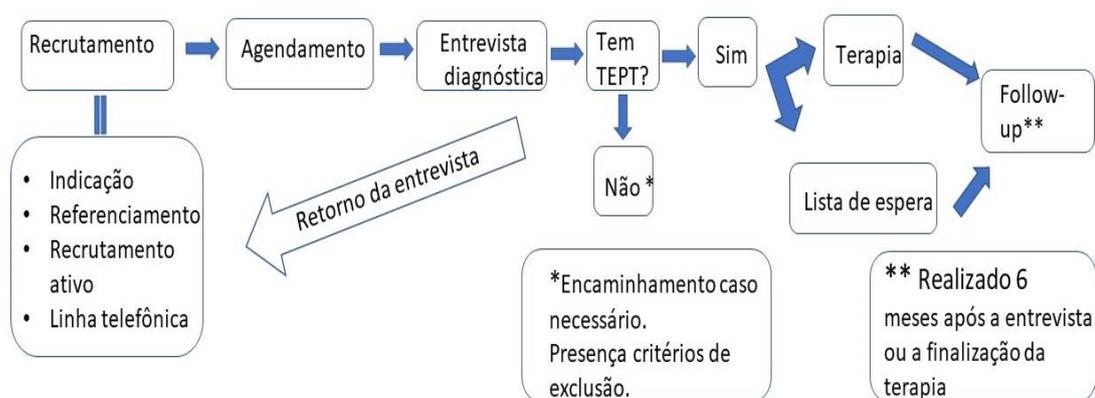
A gente está criando esse fluxo no centro de saúde. A nossa ideia é que cada vez mais eles tenham autonomia para a execução da terapia e para a identificação dos pacientes. Então eu acho que isso é uma coisa que está aparecendo mais agora, para que a intervenção continue para além do projeto (G1 ♀).

O fluxo que foi sendo elaborado está apresentado na figura 4 (abaixo) e foi delineado ao longo de todo o projeto piloto NET. Este já se configura como um dos resultados e da intervenção pois indica um caminho que os pacientes têm para assegurar tratamento adequado. É também considerado como suporte aos profissionais que após o treinamento conseguem identificar com mais clareza o TEPT em seus pacientes e se disponibilizam para o atendimento aos pacientes e precisam se adequar as rotinas das unidades.

A figura 4 representa o delineamento do fluxo desde a identificação dos casos de TEPT até o acompanhamento posterior a terapia NET, com o *follow-up*. Ao longo do projeto piloto NET foram sendo estabelecidos os meios de recrutamento, desde a suspeita de TEPT em consultas e acompanhamentos ambulatoriais até o recrutamento ativo, feito pela equipe diagnóstica nas unidades. Estas diferentes formas de recrutamento serão melhor esclarecidas posteriormente.

Pelo fluxo, mesmo que o paciente não seja diagnosticado com TEPT ou apresente critérios de exclusão - nível de intoxicação por entorpecentes durante as sessões de intervenção e doenças neurológicas que afetem a capacidade cognitiva – é realizado o feedback ao profissional que fez a indicação inicialmente, assim como o paciente é orientado a buscar o tratamento mais adequado para sua questão.

Figura 4. Fluxo de atendimento. Projeto NET/RJ



Fonte: Fluxo elaborado pela autora a partir da análise documental e entrevistas.

5.3.3.1. Recrutamento de pacientes e entrevista diagnóstica

O recrutamento dos pacientes para entrevista diagnóstica ao longo do projeto piloto NET aconteceu prioritariamente por meio de indicação dos profissionais de saúde que referenciavam os pacientes ao projeto. A partir de junho de 2019 a equipe também passou a realizar recrutamento ativo dos pacientes por meio da distribuição de *flyer* (elaborado pela Dra. Köbach e Dra Serpeloni durante uma visita a Universidade de Konstanz em dezembro de 2018).

Figura 5. Flyer do projeto NET (verso e antiverso)

Tratamento mais avançado

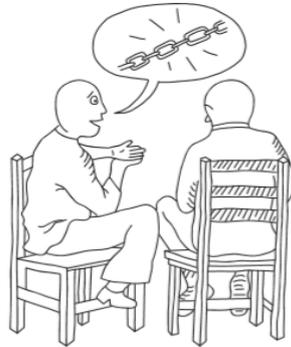
O Transtorno do Estresse Pós-Traumático pode ser tratado com sucesso. As mais avançadas terapias são aquelas que focam no trauma em si. Ou seja, pacientes recebem um amplo suporte de um terapeuta, podendo falar sobre seus eventos traumáticos de forma a possibilitar que processos de cura sejam iniciados no cérebro.

“Nunca mais fique em silêncio”

“...Não é porque eu não posso explicar que você não vai entender, é porque você não vai entender que eu não posso explicar.”
Elie Wiesel, sobrevivente do Holocausto e Prêmio Nobel da Paz

Sobreviventes de trauma em todo o mundo afirmam que a simples ideia em falar sobre o trauma é aterrorizante, às vezes até parecendo impossível. Isso faz com que sofram em silêncio. Falar sobre o trauma é difícil porque esse evento é vivenciado com todas as reações físicas, emocionais e cognitivas. É difícil falar sobre os detalhes do trauma também porque durante o evento traumático a própria habilidade de falar é inibida. Com a ajuda de um terapeuta e num ambiente seguro, é possível não só falar sobre o evento, mas também se alcançar alívio e diminuição das reações perturbadoras.

Dra. Fernanda Serpeloni, especialista de psico-traumatologia



Contato

Este folheto informativo faz parte de um estudo sobre terapia focada em trauma nos serviços públicos de saúde.

Para mais informações, entre em contato: (21)99555-5590

Ilustração: © wwa-grafik - 12/2018



Transtorno do Estresse Pós-Traumático

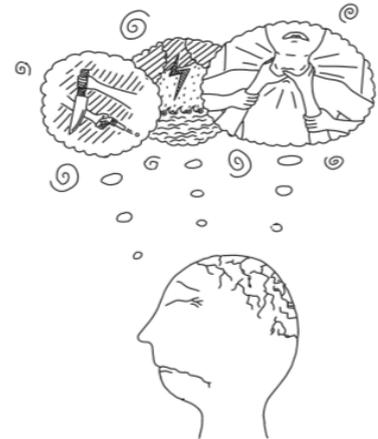
Experiências envolvendo ameaças à vida ou reações de medo, como acidentes graves e situações de violência, podem trazer muitas dificuldades. Mesmo que tenham ocorrido há muito tempo atrás. Por exemplo, memórias perturbadoras sobre um evento do passado podem vir em momentos no presente. Essas memórias são tão fortes que podem trazer à tona sensações já vividas, como se o evento estivesse acontecendo de novo “aqui e agora”. Essas memórias são acompanhadas de reações emocionais e físicas intensas, tais como: coração acelerado, garganta seca, sudorese, medo, vergonha, culpa, tristeza.

Também, é possível ter pesadelos, acordando no meio da noite e tendo dificuldades voltar a dormir. Evitar essas memórias exige muito esforço. Há também sentimentos de tristeza, depressão, impotência e vergonha, muitas vezes levando ao isolamento social. Algumas pessoas podem até se sentir muito irritadas e talvez mais agressivas do que de costume. De modo geral, essas perturbações podem prejudicar o desempenho no trabalho, as relações com amigos/familiares e a qualidade de vida em geral. Esse grupo de sintomas é conhecido como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).

“Quando eu me lembro do evento, é como se uma onda viesse e me levasse. Eu sinto como se o evento estivesse acontecendo novamente aqui e agora.”
Sobrevivente anônimo

ESTRESSE

PÓS-TRAUMÁTICO



O seu passado lhe incomoda?

Você já vivenciou algum evento que tenha sido tão marcante ou perturbador que, no mês passado, você tenha...

tido pesadelos ou tenha pensado sobre o(s) evento(s), mesmo não querendo?
 sim não

tentado com muito esforço não pensar sobre o(s) evento(s) ou evitasse ir a locais que fizessem você lembrar do(s) evento(s)?
 sim não

estivesse constantemente em estado de alerta e atenção ou facilmente assustado/a?
 sim não

se sentido anestesiado ou desconectado em relação às pessoas, atividades ou ambiente ao seu redor?
 sim não

se sentido culpado ou incapaz de parar de responsabilizar a si mesmo ou a outros pelo(s) evento(s) ou qualquer problema que este(s) possa(m) ter causado?
 sim não

Caso você tenha respondido “sim” a três ou mais das perguntas acima, você pode estar sofrendo de estresse pós-traumático. Porém, é importante lembrar que nenhum teste é completamente preciso. Consulte sempre um especialista para averiguar sua saúde atual.

* No flyer constam informações sobre os principais sintomas do TEPT. Na última página é possível observar a presença de cinco perguntas sobre sintomas de TEPT de auto-preenchimento. Case três ou mais questões sejam respondidas afirmativamente ao paciente é convidado a realizar a entrevista diagnóstica.

No segundo semestre de 2018 e no primeiro semestre de 2019 o fluxo de entrevista diagnóstica se organizou basicamente a partir das indicações e encaminhamentos dos profissionais nos dois centros de saúde. Dessa forma quando os profissionais identificavam em seus pacientes possíveis sintomas de TEPT o encaminhavam para a equipe responsável pela entrevista diagnóstica para agendamento.

A partir desse contato, era agendada a entrevista: *“geralmente acontece lá no Centro de Saúde, quando tem sala, mas teve uma vez que a gente fez na parte externa”* (TRP1, ♀); *“a dificuldade de sala, mas eu particularmente acho muito ruim quando não tem uma sala. Eu acho que o paciente se sente muito vulnerável* (TRE2, ♀). A questão dos recursos físicos nos centros de saúde surgiu como questão essencial para a equipe diagnóstica, denotando não apenas a restrição de espaço físico nas unidades, mas também a falta de suporte institucional como um dos entraves significativos. Havia grande dificuldade de encontrar salas nos centros de saúde para a realização das entrevistas diagnósticas, criando barreiras para o andamento do fluxo do projeto. A equipe precisou procurar outros espaços, fora dos centros para que a entrevista pudesse ser realizada.

Outros entraves apontados nessa etapa também forma as faltas, atrasos dos pacientes e interrupções das atividades devido a violência do entorno (operação policial, tiroteio, conflito armado) que impedia o paciente de comparecer e até o fechamento do centro de saúde.

[Tem o problema] de desmarcar em cima da hora. E aí entra em contato, a pessoa visualiza e não responde. Aí depois diz que não quer mais. (...) porque é complicado. Porque também às vezes a pessoa tem o TEPT, mas ela não quer tocar nesse assunto (TRP1, ♀).

Essas dificuldades foram constantes ao longo do tempo de duração do projeto piloto NET e foram feitas reuniões da gestão com a equipe diagnóstica, acordos e parcerias com os centros de saúde e outras estratégias para minimizar essas questões. Assim a partir de junho de 2019, foi firmada parceria com a gerência do CS2, sendo autorizada a realização de recrutamento ativo na unidade e também foi liberado o uso de uma sala de forma exclusiva. Enquanto isso para os pacientes referenciados ao CS1, as entrevistas eram realizadas em alguns horários e salas disponibilizadas em local próximo. Abaixo seguem os dados referentes as entrevistas diagnósticas realizadas nos dois centros de saúde no período de junho de 2018 e outubro de 2019. A tabela 2 (abaixo) apresenta os dados e o perfil por sexo das entrevistas diagnósticas realizadas nos dois centros de saúde. É possível observar que a maioria dos pacientes é do sexo feminino. Em relação ao quantitativo de entrevistas realizadas em cada centro de saúde, há também uma grande

diferença entre os dois. Isso se deu prioritariamente por questões de logística e de maior abertura no referido centro de saúde.

Tabela 2. Número de entrevistas diagnósticas realizadas por Centro de Saúde, total e por sexo do paciente e número de entrevistas que participam do estudo piloto. Junho de 2018 a outubro de 2019.

Ação/TEPT	TOTAL	Centro de Saúde		Sexo	
		CS1	CS2	Feminino	Masculino
Com TEPT (incluídos na pesquisa)	82	15	67	64	18
Com TEPT (excluídos da pesquisa) *	7	3	4	5	2
Sem TEPT	32	9	23	24	8
Total de entrevistas diagnósticas realizadas em toda a pesquisa NET	121	27	94	93	28

*Pacientes com sintomas de TEPT excluídos da pesquisa devido a presença de critérios de exclusão mencionados.

Apesar de termos entrevistas diagnósticas realizadas desde junho de 2018, cabe destacar que o período de julho a setembro de 2019 mostrou-se profícuo para a realização de entrevistas diagnósticas no CS2 decorrentes da estratégia de recrutamento ativo, do maior reconhecimento do projeto no serviço através da disponibilização de uma sala para a terapia NET, como apontamos acima. Até junho de 2019, 39 entrevistas haviam sido realizadas. Com o início do recrutamento ativo foram realizadas 82 entrevistas diagnósticas entre julho e setembro de 2019.

Apesar da estrutura física ser uma questão que perpassa toda a execução do projeto piloto, na etapa do recrutamento e das entrevistas ela se sobressai ainda mais, por ser a porta de entrada dos pacientes para o projeto: *“a sala eu acho muito importante pra privacidade do próprio paciente. [...] É uma área de risco que eles já moram, geralmente aqui na ENSP. (...) eles se sentem muito vulneráveis”* (TRE2♀). Foram muitas críticas e dificuldades relatadas sobre as “limitações logísticas” por todos os profissionais envolvidos na terapia NET, ressaltando que *“tudo é pontual e fragmentado ainda.”* Outras dificuldades foram sinalizadas: *“dificuldade de sala, às vezes é ruim”*; *“muitas vezes a pessoa não aparece”*. Outra dificuldade apontada foi de *“ter três centros envolvidos”*, já que a gestão necessita se dividir no cuidado de ter três locais bem distantes geograficamente.

Tem apoio do centro de saúde, que libera, entre aspas, uma parte do tempo para fazer a formação, mas tem um controle sobre o tempo do atendimento, não consegue sala. [...] A gente não consegue uma estrutura efetivamente ainda eficaz (G4♀).

É uma coisa que a gente está começando assim. Falta de espaço físico e de profissionais para o atendimento. Uma certa tomada de decisão da instituição (G4♀).

A estrutura dos Centros de Saúde acompanhados são pontos que devem ser destacados, não só no que tange a questão física, como salas, espaço ou material, mas também quando se fala em apoio institucional, condições de trabalho e até acúmulo de funções. Na fala dos profissionais capacitados e que atuam no serviço, o atendimento muitas vezes é atravessado pelo acúmulo de tarefas e, conseqüentemente, da grande demanda de trabalho.

A gente é professora de residência, a gente está sempre com os residentes, e aí faz visita, sai da unidade, faz não sei o quê. (...) a gente tinha que ter 3.500 pacientes e eu acho que a gente tem 6.000 pacientes (CS2, TM4♀)

[A gestão dos serviços] precisa entender que isso é uma atividade, que tem sua sustentabilidade, reservar horário para isso, entender que aquilo não é algo que sobrecarrega, que faz parte do serviço (CS2, TM5♀).

Conhecer uma técnica, uma técnica com todas as suas intercorrências, demandas, exigências e transformar isso em ação no serviço. Os serviços muitas vezes têm um monte de obstáculos (G4♀).

Outra dificuldade apontada durante as entrevistas diagnósticas refere-se a questões frequentes sobre o contexto relacionado ao evento violento, especialmente a que ocorre no domicílio: *“desde abuso sexual, com penetração, e sem penetração, vivência de agressão por parte de companheiro ou ex-companheiro. Ameaça de vida, tudo mais [...] E nunca era uma questão só relacional, sempre tinha uma questão, maior, estrutural”* (TRP1♀).

Outra fala corrobora a frequência da violência sexual presente nas entrevistas. *As queixas que mais aparecem e os sofrimentos são relacionados a abusos físicos e sexuais* (TRE3♀).

A necessidade de lidar com o tema da violência requereu apoio durante a supervisão da equipe diagnóstica: *Às vezes eu chego em casa, eu falo, mãe, não é possível, muita gente sofrendo abuso sexual, como?* (TRE2♀).

Outra questão que se destaca nas entrevistas é a presença da violência na maioria dos relatos dos pacientes, mesmo que esses não apresentem sintomas de TEPT: *São histórias muito pesadas, (...) embora, nem todo mundo que eu entrevistei tenha o TEPT, mas foram histórias assim (de violência)...* (TRP1♀).

Esse trabalho de supervisão com a equipe diagnóstica teve um papel fundamental para os participantes. Pois o relato demonstra o quanto foi necessário esse trabalho de suporte para que eles possam dar o acolhimento adequado. As falas retratam uma evolução neste aspecto pois *“a sensação que eu tenho é que eles têm a necessidade de colocar pra fora tudo que estão sentindo”* (TRE3♀). E essa necessidade muitas vezes pode

sobrecarregar o entrevistador, que precisa de supervisão e orientação para treinar essa escuta. Este processo se apresentou como eficaz pelo que é relatado nas seguintes fala:

No início eu ficava muito muito abalada (...) tem umas histórias que são muito complicadas muito pesadas. Acredito que as supervisões me ajudam muito com isso, atualmente eu posso dizer que eu consigo separar e que eu consigo separar as entrevistas da minha vida pessoal (TRE3 ♀).

Conforme a gente vai pegando a prática, a gente vai ficando mais seguro e vai conseguindo desenvolver melhor, e até perceber melhor essa pessoa, se tem ou não tem o TEPT (TRP1 ♀).

A visão da gestão reforça a relevância da equipe diagnóstica para a terapia NET: *“a equipe de triagem é a porta de entrada no projeto. Com as entrevistas de linha de base e de acompanhamento (follow-up) podemos ter acesso à saúde do paciente antes de depois da terapia.”* (G1 ♀). A relevância da qualificação da equipe diagnóstica foi reiterada e reforçada nas reuniões e encontros constantes de supervisão, como se verá mais adiante.

5.3.4. Atendimento a pessoas com TEPT e a violência

5.3.4.1. O atendimento a pessoas com TEPT e que sofreram violência pelos serviços de saúde. O diferencial da terapia NET.

Seguindo o fluxo de atendimento NET apresentado anteriormente, após a identificação do TEPT pela equipe de diagnóstico o paciente era encaminhado a um dos profissionais capacitados para ser terapeuta NET. As falas seguintes representam as principais percepções destes profissionais sobre o atendimento existente nos serviços públicos e pelo efetuado a partir da perspectiva da NET. Gestores NET também opinam sobre estas questões a seguir.

Durante o projeto piloto pode-se observar a falta de fluxo de atendimento a pacientes que passaram por situações de violência com sintomas de TEPT nos serviços públicos de saúde investigados. Isso pode ser visto desde a falta de sensibilização dos profissionais para a identificação dos casos até a falta de capacitação para oferecerem tratamento adequado. Os profissionais que já atuavam nos serviços de atenção primária apontam que apesar de já reconhecerem em alguma escala o TEPT, a *“maioria dos casos era atendido como depressão ou ansiedade”* (CS2, TM6 ♀). O tratamento mencionado nas entrevistas era compatível com o encaminhamento *“pra saúde mental, pra psicoterapia, as vezes medicalizava”* (CS2, TM7 ♂).

Foi comum aparecer com estratégia de tratamento a psicoterapia: *“era absorvido pelo psicólogo [...] não pelo diagnóstico em si, mas talvez pelos sintomas, pela gravidade dos sintomas”* (CS1, TP1♀).

Apesar da psicoterapia estar presente como forma de atenção no fluxo de atendimento dos serviços, a parceria entre o atendimento médico com o atendimento da psiquiatria ou da psicologia se dava principalmente em casos considerados mais *“complexos”* ou *“mais delicados”*. Sobre o atendimento psicológico observamos que não há um padrão de técnica para atendimento, estes seriam realizados com

[...] outras propostas técnicas. Acompanhando, trabalhando. Mas vai de cada profissional. Acaba que a gente usa recursos, leituras variadas. Todos aqui, temos uma coisa aqui de fazer a clínica psicológica, de fazer a psicologia clínica independente da abordagem (CS1, TP2 ♂).

Na visão dos entrevistados que formam a equipe de gestão, *“os serviços de atenção primária no Rio de Janeiro são carentes de inúmeras estratégias”* (G3♀). Alguns entrevistados apontam que era comum nos eventos e nas sensibilizações que haviam realizado anteriormente ter profissionais dos mais diversos centros de saúde que *“perguntavam o que fazer nesses casos, onde tem vítimas de violência, com sintomas de hipervigilância, com dificuldade para dormir”* (G1♀).

Nessas falas a questão a violência aparece de forma recorrente como uma demanda dos serviços, e como uma lacuna de conhecimento. *“Eu não sei como cuidar da violência”* (CS2, TM5♀). Isto se dá por diversas questões, como já foi apontado em relação ao conhecimento anterior do TEPT na etapa do treinamento, ao se falar sobre o distanciamento do tema, a falta de conhecimento, dentre outras. Porém pode-se observar que há certa resistência a tratar o tema da violência:

O clima institucional para trabalhar com o tema, que eu acho que ainda tem muito resistência (G4 ♀).

No senso comum as pessoas reconhecem como que a violência é grave, impacta na vida e na saúde das pessoas, mas quando você pensa conhecer uma técnica, uma técnica com todas as suas intercorrências, demandas, exigências e transformar isso em ação no serviço, os serviços muitas vezes tem um monte de obstáculo (G4 ♀).

A violência está presente nos serviços de forma cotidiana. *“É uma população muito violentada. Se a gente começa a perguntar, vai sair muita coisa”* (CS2, TM7♂); *“conforme a pessoa ia narrando você vê que a pessoa tinha uma violência”* (CS1, TP3♀).

Observa-se que todos os profissionais já tinham tido contato com algum paciente com queixa de saúde associada ou mesmo agravada pela exposição à violência: *“todos os casos, tem violência envolvida, principalmente a gente que trabalha em comunidade”*

(CS2, TM4♀); *eu via que tinha uma ansiedade desencadeada por um evento violento* (CS2, TM5♀); *temos uma área de muita violência. A violência em si já é uma parte considerada* (CS1, TP1♀).

A intrínseca presença da violência na rotina do atendimento, a dificuldade diagnóstica e a necessidade da escuta sobre os eventos estressantes e traumáticos são aspectos apontados como necessários para um bom atendimento:

Os sintomas nunca chegavam como trauma. Chegavam os sintomas associados a humor, depressão, pânico, ansiedade. [...]. Conforme a pessoa ia narrando, você vê que a pessoa tinha uma violência sofrida no passado (CS1, TP3 ♀).

Eu acho que talvez o nosso diagnóstico também esteja escasso. Eu penso assim, que a gente às vezes não pergunta o suficiente pra se ter um diagnóstico (CS2, TM7 ♂).

A dificuldade na escuta sobre violência pelos profissionais pode ser agravada pelas deficiências e dificuldades do próprio serviço: *“a gente ainda tem uma dificuldade de rede de atendimento”* (CS2, TM5♀); *“falta, para o próprio serviço a compreensão de como ajudar”* (CS1, TP1♀).

Cabe lembrar que os profissionais participantes da pesquisa são médicos de família, psicólogos e psiquiatra, e na teoria já são profissionais que teriam algum contato com a discussão sobre violência e saúde, comparado a outras especializações como ginecologia ou dermatologia, por exemplo. Porém, as falas obtidas mostram que ainda há precariedade de informações sobre violência mesmo entre os profissionais de saúde mental e da atenção primária: *“[...] acho que isso é muito pouco ainda, diante do problema enorme de violência e do impacto que isso tem pros pacientes e na saúde pública”* (CS2, TM6♀).

Surgiram ainda questões sobre a naturalização e as resistências dos profissionais e do serviço em lidar com a violência:

É bem possível que tenha uma naturalização da violência, pela prevalência da violência no território e as vezes até como um mecanismo de defesa (CS1, TP3 ♀).

O próprio profissional fica resistente a isso, como uma forma de proteção que é normal, mas ele acaba não percebendo alguns sintomas de violência [...]. O profissional também fica meio constrangido, com medo mesmo. Dependendo do tipo de violência, quem a praticou (CS1, TP1 ♀).

As estratégias para trabalhar com a recuperação e tratamento dos sintomas associados a violência ainda não são muito difundidas ou até a relação da violência com os problemas e saúde ainda não é claramente identificada, gerando uma sobrecarga para o serviço, facilitando a medicalização, pois

Os pacientes são diagnosticados assim: ‘é dificuldade para dormir’; mas não tem um olhar de que isso está associado a vivências de violência (G1 ♀).

Os casos de TEPT não são sempre diagnosticados como TEPT. Ficam como depressão, ansiedade ou hipertensão como as desordens similares. Com sintomas similares. E não se atém que pode ter traumas que estão por trás (G2 ♀).

Os entrevistados indicam **diferenciais na atuação** decorrentes da formação e do atendimento NET que contribuíram para que eles tenham um outro olhar sobre as histórias de vida e seus pacientes.

O que a gente vê, ‘eu sou muito ansioso, sou muito depressivo; eu lido com as coisas assim, eu lido com as coisas assado’ . Mas essa questão do que pode estar por trás disso tudo, isso é muito interessante (CS2, TM7 ♂).

Eu particularmente deixava passar essa correlação entre o transtorno mental e o TEPT. Essa correlação de depressão, ansiedade estava relacionada muitas vezes a casos de transtorno de estresse pós-traumático que eu não estava investigando diretamente (CS2, TM6 ♀).

Diversos relatos apontam para a satisfação dos profissionais NET em relação aos resultados da terapia. Foi observado também o quanto os profissionais puderam perceber os pacientes como resilientes, uma vez que ao longo da terapia puderam conhecer mais profundamente sobre a severidade e quantidade de eventos traumáticos vivenciados por eles (algumas vezes se assustavam em dimensionar tantas violências sobre uma só pessoa), em um ambiente em que podiam se sentir seguros e se fortalecer em sua capacidade de resiliência frente aos estresses vividos: “*estava satisfeito com o resultado que eu via, embora muito impactado como que uma pessoa sobrevivida há tantos traumas e tão chocantes*” (CS2, TM8 ♂).

Ao se falar de violência, em muitos momentos foi destacado uma certa insegurança do profissional ao intervir ou a aprofundar o tema, porém pode-se observar que esta tende a ir diminuindo ao longo dos atendimentos, amparados pelo treinamento e pelas supervisões: “*eu estou mais segura agora, a primeira pessoa foi mais difícil, esse segundo que eu comecei agora eu me sinto mais ... um pouquinho mais segura na terapia*” (CS1, TP3 ♀).

Mesmo com a insegurança inicial dos profissionais capacitados, independente da sua formação anterior – neste caso médicos, psicólogos e psiquiatra – o que surge de forma recorrente nas falas da equipe de gestão é que os profissionais que irão ser capacitados para serem terapeutas NET precisam estar “*abertos para serem capacitados, qualificados em aprender uma nova abordagem que possam aplicar nos seus próprios centros; quem pode ser beneficiado; e identificar e tratar os pacientes*” (G2 ♀).

A seguir destacamos algumas falas dos profissionais sobre os pacientes atendidos, que indicam repercussões da terapia sobre os pacientes.

Ele diz que esse trabalho está ajudando-o a mudar algumas posturas na vida (CS1, TP2 ♂).

As duas [pacientes] estão muito felizes com a possibilidade de abordarem essas questões, aqui [centro de saúde] com a gente. Teoricamente, no atendimento delas, os médicos não estariam abordando essas questões (CS2, TM6 ♀).

Mesmo com pouco tempo de prática do projeto piloto nos serviços, os profissionais verificam que há mudanças de postura dos pacientes.

Ela percebeu o quanto foi importante pra ela estar lembrando. Estar colocando isso no devido lugar. E estar conseguindo ultrapassar esse sofrimento que foi provocado por esse trauma (CS2, TM7 ♂).

Olhar para os traumas do passado para ele entender o quanto que isso impacta na vida dele atualmente. Ele vai ficar triste quando lembra do que aconteceu, mas isso não vai ser mais invasivo. Tem um ganho maior de controle, sobre o que pensa, o que sente (G1 ♀).

Assim como na etapa do recrutamento e das entrevistas, nesta etapa também surgiram entraves e desafios para a aplicação da NET nos serviços de saúde. Uma das principais questões apontadas pelos profissionais está relacionados ao tempo das sessões e a sobrecarga nos serviços:

A nossa maior dificuldade é a de agenda, de tempo (CS2, TM4 ♀).

A gente não tem tempo assim, pra ceder (CS2, TM5 ♀).

A principal dificuldade do serviço, no atendimento NET, é o fator tempo do profissional para despender para essa estratégia (G3 ♀).

A gente calcula uma hora ou uma hora e meia de sessão, para ter um começo meio e fim. E isso num centro de saúde onde os pacientes são atendidos talvez por 10 minutos, 15 minutos? É diferente (G1 ♀).

Outra dificuldade apontada foi com relação a novidade que própria terapia em si representou para os profissionais.

Pegar uma técnica já sendo terapeuta experiente e ser fiel a técnica. Me esforço por isso pra não fugir da técnica (CS1, TP2 ♂).

A dificuldade maior assim é que a gente precisa de muita paciência, especialmente nas áreas, nas horas que são mais críticas. Persistir, persistir, persistir nos sintomas que machucam (CS2, TM7 ♂).

O problema é que eles não tiveram muito tempo para conhecer e estavam inseguros no começo se a intervenção seria efetiva. Acho que teve pessoas que estavam com medo de fazer a exposição. E o problema foi o tempo que tiveram para isso (G2 ♀).

A terapia NET possui um **passo a passo** que fica mais claro para os pacientes ao longo dos atendimentos. Passam a perceber melhor o tempo da intervenção, a necessidade

de ir lentamente em cada ponto da vida narrado. Este passo a passo, descrito de forma sintética a seguir, contempla pontos a serem seguidos em cada etapa da terapia, desde o diagnóstico, onde deve-se verificar a lista de possíveis eventos traumáticos vividos pelo paciente ao longo de toda sua vida. E que tem por finalidade fornecer ao “*terapeuta uma indicação da história traumática do paciente e sugerir quais eventos podem e devem aparecer na linha da vida*” (SERPELONI; KOBACH, 2018, p.14).

No projeto piloto essa primeira etapa foi realizada com o auxílio de um questionário aplicado pela equipe diagnóstica, que visava fazer essa verificação da forma mais fiel possível. Este instrumento de pesquisa percebido como um “*questionário muito longo, muito denso*”, necessitando ser bem trabalhado no treinamento e nas subsequentes supervisões da equipe diagnóstica.

[No início] falta conhecimento, de domínio mesmo do questionário, mas conforme eu fui aplicando, isso foi sendo de forma mais maleável, fui aprendendo. Conforme ela ia falando, lembrava que aquele ponto não se encaixava naquela pergunta, naquela parte do questionário, mas tinha uma outra questão que o certo era responder lá (TRP1 ♀).

Além de uma adequada verificação da presença do TEPT e dos sintomas, ainda nesta primeira etapa deve ser realizada pelos terapeutas NET a psicoeducação com a validação, normalização e descrição da reação pós-traumática. Paralelo a isto deve-se de explicar todo o procedimento terapêutico que será seguido e se certificar que o paciente está ciente e sem dúvidas.

É importante explicar ao paciente que as reações de alarme e/ou respostas dissociativas fazem parte do repertório de defesa de todos os seres humanos e que os sintomas do trauma resultam quando eventos extremos e prejudiciais foram vivenciados repetidamente (SERPELONI E KOBACH, 2018. P.15).

As entrevistas realizadas na dissertação evidenciaram que a psicoeducação está presente ao longo de toda a intervenção e não apenas na fase inicial: “*são experiências dolorosas, tenho que fazer psicoeducação quase toda a sessão*” (CS1, TP3♀). Também se constatou que requer uma postura ativa do profissional para que este consiga observar que “*as vezes tem que sair um pouco da formalidade. Fazer o mais fácil possível para o paciente entender*” (TRE2♀)

Essa reflexão é importante pois a terapia NET prevê uma participação mais ativa do paciente.

É muito importante explicar que a jornada de cura só é possível quando o paciente está totalmente ativo no processo e totalmente ciente do procedimento. O paciente deve entender que não é um ato passivo para ele (a) e que a terapia será um trabalho emocional duro (SERPELONI; KOBACH, 2018, p.16).

Partindo deste pressuposto de participação consciente e ativa do paciente, já na etapa de elaboração da linha da vida, o terapeuta será capaz de organizar a duração da terapia e o paciente conseguirá acompanhar o andamento das suas pedras.

O exercício da linha da vida consiste em localizar eventos positivos e negativos ao longo da vida, simbolizados por flores e pedras respectivamente, ao longo de uma “linha” (por exemplo, uma corda) em ordem cronológica. Com a orientação do terapeuta, o paciente coloca os símbolos ao lado da linha enquanto os classifica brevemente apenas com um rótulo (SERPELONI & KOBACH, 2018, p.12).

Os terapeutas apontam que a prática desse exercício da linha da vida, faz “*muito sentido, tem muito efeito(...) organizou e materializou algumas coisas*” (CS2, TM7♂).

Com a da linha da vida [observamos a] cronologia daqueles eventos, talvez com algumas pedras para trás, ou uma pedra pra trás e uma pedra pra frente, mas a cronologia daquele sintoma (CS2, TM5 ♀).

Como nessa prática o terapeuta apenas orienta o paciente, o ritmo de um atendimento NET é diferenciado: “*você pensa que a pessoa tem que ir lento, que tem que ir devagar. Mas na supervisão isso fica mais claro, de como se faz - ‘não, volta, volta que ela vai lembrar’*” (CS2, TM4♀). A importância das supervisões continuadas ao longo dos atendimentos é aspecto crucial para a NET, tema abordado a seguir.

Outro aspecto importante para o atendimento é a **mudança de percepção dos pacientes sobre suas vidas** ao longo do acompanhamento. Inúmeras falas apontam as dores presentes ao longo do atendimento, que vão, porém, regredindo com o curso da terapia: “*são experiências dolorosas [...] Na última ela estava melhor*” (CS1, TP3♀); *parece passar por um período de piora pra depois haver um período de melhora*” (CS2, TM6♀).

Em geral, as pessoas que foram atendidas ficam muito mexidas com as sessões e com as pedras a serem abordadas:

A pessoa ainda estava muito mobilizada, muito mexida pela situação (TRP1 ♀).

Ela dizia que não aguentaria passar pela pedra maior (CS2, TM8 ♂).

Geralmente durante a terapia as pessoas ficam mais sensíveis às memórias associadas ao trauma. Pode ocorrer intensificação dos sintomas entre uma sessão e outra. Ao mesmo tempo é possível observar sim uma melhora nos sintomas durante a terapia. Isso é relatado pelos próprios pacientes e observado pelos terapeutas. Muitos pacientes falam sobre o trauma pela primeira vez na terapia e se sentem aliviados de poder falar sobre isso dentro de um contexto terapêutico (G1 ♀).

Os terapeutas destacam em suas falas a percepção dos pacientes sobre os benefícios da terapia: “*ela diz que é fenomenal a questão de voltar, de contar a história,*

de organizar” (CS2, TM8♂); *“o quanto foi importante pra ela estar lembrando, estar colocando isso no devido lugar”* (CS2, TM7♂); *“tem demonstrado ganhos com a terapia”* (CS2, TM6♀).

Existem também relatos que demonstram melhora além dos sintomas físicos decorrentes do TEPT: *“os sintomas intrusivos dela que eram muitos, melhoraram”* (CS2, TM5♀). Há também benefícios quanto a percepção das violências e seu reconhecimento: *“ela conseguiu nomear algumas violências, que ela não nomeava antes, que ela não percebia como violência”* (CS2, TM5♀).

Uma das questões que surge de forma preocupante nas falas dos terapeutas é o fato dos pacientes que permanecem expostos a violência, mesmo após passarem pela intervenção NET e terem apresentado melhoras de sintoma e de postura perante a vida. A conjugação de violências vivenciadas pelos pacientes é difícil de ser superada. Por exemplo, em alguns casos é possível mudar a forma de vivenciar um relacionamento abusivo, mas não é factível se mudar da região onde mora e onde há conflito armado recorrente.

Ela acabou se mantendo na violência, na violência doméstica (CS2, TM4♀).

É uma mulher que só pode chegar no posto. Porque o marido não deixa (CS2, TM5♀).

A paciente teve uma melhora importante, mas voltou a ter sintomas porque o agressor ainda a persegue (CS2, TM6♀).

Os traumas do passado foram trabalhados na terapia, mas vai ter um conflito armado, vai passar por uma outra situação depois (G1♀).

A paciente que melhorou com o atendimento, conseguiu uma atitude proativa pra sair do entorno da violência comunitária. E o BOPE invade a casa, os sintomas voltaram, então muitas vezes está além da vontade do indivíduo de permanecer naquela situação (G4♀).

De forma geral, a violência está presente no dia a dia dos pacientes, e conseqüentemente no cotidiano do atendimento médico da atenção primária: *“tem o preconceito que é uma violência. Tem a pobreza que é uma violência. Tem a violência direta do Estado que é a violência policial”* (CS2, TM4♀).

5.3.5. A centralidade da supervisão NET

É um privilégio poder atender junto, colocar em prática e principalmente conversar depois (CS2, TM8♂).

Uma etapa fundamental do projeto foi a supervisão, considerada como forma complementar de capacitação. Como o projeto se caracteriza como um projeto piloto, ao

longo das atividades a equipe ia se avaliando e readequando e redefinindo as ações. Essa adequação se deu pois, mesmo com a atividade da supervisão já constando no planejamento inicial para ser realizada ao longo de todo o projeto, ganhou centralidade no andamento do projeto. Na formação dos cursos de psicologia a supervisão consta como essencial para a boa formação, premissa que se repete em outras formações na área médica. Autores como Witter (2006), sobre a supervisão no campo da psicologia clínica, destaca que é um processo de trocas, onde um profissional mais experiente auxilia a manter a qualidade do atendimento e a aumentar a segurança de quem está sendo supervisionado. A supervisão aborda aspectos teóricos e práticos a partir da vivência do profissional que está sendo supervisionado. Além disso é importante destacar que é através da supervisão que o profissional realmente se capacita, podendo trazer seus medos, articular com segurança os conhecimentos teóricos com a prática e crescer a partir da troca com outras colegas ou profissionais. Como abordamos no tópico sobre o treinamento e capacitação, a intervenção NET parte de uma perspectiva diferenciada em relação ao que os médicos e psicólogos estavam habituados a realizar em seus serviços.

A fala de uma gestora aponta o aprendizado existente: *“o ano passado inteiro [2018] fazendo sessões individuais e acompanhando os profissionais”*. Depois, *“comecei a propor supervisões em grupo. Já estava no momento em que os profissionais tinham mais experiência”*. Já mais recente, em 2019 *“a gente conseguiu se organizar e também fazer [supervisões] de quinze em quinze dias. Eu acho que isso veio com a experiência e também com a própria demanda do grupo”* (G1♀).

Além da periodicidade da supervisão, uma gestora responsável pela supervisão relata variações de acordo com a demanda de cada profissional:

Algumas terapias foram acompanhadas do início ao fim durante as sessões. Em outras, a necessidade de estar presente nas sessões foi apenas no início. Isso dependia da severidade dos sintomas do paciente e das necessidades do próprio terapeuta. É esperado um acompanhamento mais intenso no início. Isso quer dizer que o supervisor fica presente durante a sessão. Após algumas sessões é esperado que o terapeuta conduza a terapia sem o supervisor estar presente. Independentemente, as supervisões fora das sessões ocorreram semanalmente e depois quinzenalmente para a discussão e avaliação dos casos. Caso fosse necessário, eu poderia estar presente na sessão em qualquer momento do tratamento. Fazia parte da formação que os terapeutas identificassem situações mais desafiadoras e a necessidade de um suporte mais próximo durante a sessão (G1♀).

Ao longo do ano de 2018 a supervisão foi dada na maior parte do tempo por apenas uma profissional com experiência em NET o que gerava algumas dificuldades *“teve dificuldade de organizar a supervisão, os horários dos profissionais, porque cada um tem*

uma agenda, um horário” (G1♀).

Outro ponto destacado e a inovação deste tipo de projeto. *“é um estudo piloto, eu sempre me lembro disso. E é a primeira vez que a gente organiza um estudo de intervenção desse tipo com pessoas em situação de violência nos serviços públicos de saúde” (G1♀).*

No que se refere as supervisões do atendimento NET, nota-se uma valorização deste momento de aprendizado e apoio entre os profissionais de todos os serviços que realizaram a terapia e entre os que realizaram as entrevistas diagnósticas e *follow-up*. *“Supervisões são ótimas”*; *“foi fundamental ter a supervisão”*; *“a supervisão foi essencial”*. As falas deixam claro que as supervisões ao longo de 2018 e 2019 aconteceram principalmente de duas formas, em discussões de casos entre os profissionais e a supervisora e em atendimentos conjuntos.

É um privilégio poder atender junto, colocar em prática e principalmente conversar depois sobre aspectos que as vezes fogem ao que a gente esperava, que são novos (CS2, TM8 ♂).

Foi fundamental ter a supervisão porque mesmo com o treinamento, durante as sessões apresentei dúvidas e pude observar mais um pouco como ela conduzia [...] a supervisora ajudou muito (CS2, TM6 ♀).

Sobre os momentos em que a supervisão acontecia no formato de discussão de casos, essas ocorriam depois de um atendimento ou antes do próximo atendimento, presencialmente.

Conforme assinalado, no formato de atendimento conjunto, a supervisora acompanhou os primeiros atendimentos de todos os profissionais treinados (terapeutas e da equipe diagnóstica) e conforme o profissional ia sentindo mais confiança e conhecimento o supervisor ia se retirando do atendimento:

As pedras, os problemas são muito graves, são impactantes, então no início, quando a gente está começando a fazer, é importante que tenha alguém com mais experiência, pra conduzir (CS2, TM6 ♀).

O primeiro atendimento foi supervisionado, foi sendo esclarecido. (CS1, TP2 ♂)

Foi muito importante a questão presencial da supervisora, de ver como que ela faz (CS2, TM5 ♀).

Outro ponto que ficou claro nas entrevistas foi a importância destes encontros de supervisão para que o profissional se sinta seguro. Mesmo os profissionais que já atuam na atenção primária mostraram-se inseguros inicialmente devido à falta de contato prévio com a terapia. Conforme esperado, a supervisão dos atendimentos foi essencial para a formação dos terapeutas. O que fica claro nas falas destacadas

Eu estava super insegura, assim. Porque é uma forma muito diferente do que a gente aborda (CS2, TM5 ♀).

Uma coisa é entender como funciona, outra coisa é com o paciente, com a realidade (CS1, TP1 ♀).

Eu sozinho ficaria muito preocupado (CS2, TM8 ♂).

Quando a gente está começando a fazer, é importante que tenha alguém com mais experiência, pra conduzir também alguns momentos (CS2, TM6 ♀).

E difícil você reaprender algo diferente. [...] Se você já trabalha há 20, 30, 40 anos, você já viu muitos pacientes e pode ficar cego na sua própria rotina e é difícil modificar (G2 ♀).

A gente aprendia algumas linguagens, alguns formatos de atuação (CS2, TM7 ♂).

Ela me mostrou que podia ir um pouquinho ali e tal, aí fui dando uma relaxada. Pra poder caminhar. (CS1, TP2 ♂).

Ao longo das supervisões e dos atendimentos, a equipe de gestão destaca que “*foi muito inspirador [...] os profissionais tinham muita experiência e eram muito próximos dos seus pacientes*” (G2 ♀).

Essas percepções chamam a atenção para o cuidado que os profissionais demonstraram ter com os pacientes atendidos, desde a entrevista diagnóstica até os terapeutas. Foram comuns falas como “*a minha maior dificuldade [...] foi demonstrar pra ele que que é um ambiente totalmente confiável*” (TRE3 ♀). A constatação de que a intervenção é válida ficou explícita na fala dos profissionais, que buscaram “*algo que tire o paciente daquele desconforto o mais rápido possível*” (CS2, TM8 ♂).

5.3.6. Síntese dos atendimentos realizados no estudo piloto

Embora não seja objetivo de um estudo de avaliabilidade apresentar resultados da intervenção, optou-se por descrever a seguir, de forma sucinta, o perfil dos pacientes NET efetivamente atendidos ao longo do estudo piloto. A tabela 3 apresenta os dados gerais de pacientes que participaram do estudo piloto e o status destes até outubro de 2019. Nela pode-se observar que dos pacientes diagnosticados com TEPT, 12 finalizaram a terapia. A maior leva de terapias iniciou após o início do recrutamento ativo. Dentre os que concluíram a terapia oito, todas mulheres, já passaram pelo *follow-up*. Lembrando que o *follow-up* é realizado seis meses após a finalização da terapia. Destas oito pacientes, 3 não apresentaram mais diagnóstico de TEPT e as outras cinco apresentaram redução significativa dos sintomas no *follow-up*. A tendência é de que os sintomas continuem sendo reduzidos até 12 meses após a terapia (LELY et al., 2019). Duas pacientes,

mulheres, que tiveram a terapia interrompida por conta do falecimento de um ente querido muito próximo, receberam outro tipo de atendimento para elaboração do luto.

Tabela 3. Terapias NET finalizadas, em andamento e follow-up até outubro de 2019 nos CS1 e CS2.

Ações NET	Total	Serviços de saúde		Sexo	
		CS1	CS2	Feminino	Masculino
Terapias finalizadas	12	6	6	10	2
Terapias em andamento	26	2	24	19	7
Terapias interrompidas	2	1	1	2	0
Lista de espera	39	4	35	32	7
Recusa de terapia	3	3	0	0	3
<i>Follow-up</i> 6 meses/ grupo em terapia	8	3	5	8	0

Há três participantes homens diagnosticados com TEPT que recusaram terapia por motivos variados como ser profissional do próprio serviço que preferiram não fazer terapia no local de trabalho, entrada em novo emprego e falta de tempo para fazer terapia.

O fato de existirem ainda duas terapias em andamento reflete o reduzido número de dois profissionais treinados no CS1 e que estão atendendo desde o início do projeto. Nesse mesmo serviço de saúde, um dos profissionais treinado encontrava-se de licença e outro não havia iniciado as terapias. Este profissional decidiu não participar como terapeuta por conta de suas obrigações e carga horária no centro de saúde, contudo continuou dando apoio ao projeto referenciando pacientes. No CS1 os dois profissionais continuam a atender apenas um paciente por vez, por conta das demandas do próprio serviço. Já no CS2 houve reestruturação do serviço por conta de mudanças políticas no município. As equipes de saúde foram reduzidas e parte dos profissionais treinados, três dos cinco, foram para outros serviços de saúde. Houve greve no serviço por conta do atraso dos salários. Terapeutas do projeto associados ao Claves iniciaram atendimentos no CS2 uma vez que uma sala havia sido disponibilizada até dezembro de 2019 dando suporte assim aos pacientes que estavam na lista de espera conforme compromisso com os preceitos éticos. O alto número dos atendimentos no CS2 para além dos dois profissionais da saúde reflete os atendimentos realizados pela equipe do projeto uma vez que três profissionais da saúde desse serviço de saúde estavam impossibilitados de atender devido ao contexto. Apesar de não ser objeto dessa dissertação é importante notar que em janeiro de 2020 o CS2 passou a enfrentar sérios desafios, uma vez que parte da sua estrutura física caiu por conta das chuvas e vai estar em reforma por vários meses. Dessa forma o contexto dos desafios que as equipes de saúde do CS2 estavam enfrentando tornou inviável que os profissionais continuassem a se dedicar aos atendimentos do projeto que exigem periodicidade semanal durante dois meses.

5.4. Análise estratégica - E o que fica para os serviços de saúde? Pensando em frutos e sustentabilidade

A etapa da análise estratégica compreendeu analisar a pertinência e a coerência da intervenção. Assim levamos em conta os contextos técnico, socioeconômico, cultural e político-administrativo, os atores envolvidos e seus respectivos objetivos e interesses. Para tal, três aspectos são relevantes: 1) a *pertinência do problema*, ou seja, o quanto a intervenção NET é útil para auxiliar na resolução do problema local; 2) a *escolha dos objetivos da intervenção*, que leva em consideração as questões escolhidas para ser alvo da intervenção e a população à qual essa se destina; 3) a *pertinência da parceria estratégica*, pensando nas parcerias feitas ao longo da intervenção, levando em conta o ambiente político e institucional no qual a intervenção se fez (CHAMPAGNE *et al*, 2011). A seguir apresentam-se alguns resultados que demonstram essa análise de forma geral, pensando nos produtos, efeitos e entraves da intervenção.

Um dos produtos do Projeto piloto NET, que já foi possível observar nas entrevistas com os profissionais foram algumas **mudanças incorporadas na prática clínica, indicando assim a pertinência do problema identificado**. Munidos de informações para intervenção, os profissionais, em sua maioria, salientaram que o treinamento possibilitou uma mudança na prática de atendimento dos serviços.

A ideia do TEPT poder se remeter a algo que aconteceu há muitos anos e ainda ser considerada estresse pós-traumático. Eu trabalhava com estresse pós-traumático de curto prazo, coisas mais recentes. A coisa do tempo realmente foi diferente (CS1, TP2♂).

Quando a gente vai e começa e pega a história de vida desse paciente e você percebe que tem traumas e que uma das coisas que isso pode ser sintoma de estresse pós-traumático. Faz toda a diferença quando você pega a história de vida da pessoa e começa a ver as pedras e os traumas que elas podem representar (CS2, TM4 ♀).

A gente começa a fazer muito mais diagnóstico e aí a gente passa muito tempo concentrada na pedra desencadeadora. A percepção que muda é a do acúmulo das pedras. Do acúmulo pra fazer o trauma, mudou totalmente. Que pra ter o TEPT esse acúmulo é muito importante. Eu ficava muito tempo no fato em si (CS2, TM5 ♀).

É possível também apontar que houve mudanças na visão do profissional sobre os sintomas e na própria condução dos atendimentos:

A busca é muito mais do profissional. É muito mais minha do que esperando o paciente trazer isso. Eu não estava sensibilizada pra isso antes do treinamento. Isso mudou muito, na minha percepção (CS2, TM6 ♀).

Ampliou a minha pesquisa em casos de doença mental, casos mais graves. Aqueles casos em que você não consegue solução. Você tem

muita recorrência de sintomas e tudo, que muitas vezes está relacionado com o trauma (CS2, TM7♂).

Eu não fazia a associação do trauma [...] E uma ferramenta mais específica que eu acho que é a linha da vida, que pra mim faz muito sentido, tem muito efeito (CS2, TM8♂).

Um dos objetivos iniciais da intervenção era promover o conhecimento e a capacitação aos profissionais sobre o TEPT e sobre a intervenção NET. Assim os profissionais relatam estarem mais atentos para identificar as situações de violência vivenciadas pelos pacientes, bem como as suas consequências para a saúde mental. Além disso, apresentam maior confiança para abordar essa temática com os pacientes nos serviços de saúde, utilizando-se de ferramentas aprendidas durante os treinamentos, o que atesta a **pertinência da escolha dos objetivos do projeto piloto NET**. A questão da correlação com a violência e da dificuldade de exposição do evento traumático foi um ponto que surgiu com recorrência:

Eu acho que a gente costuma perguntar muito pouco se a pessoa já passou por um...especialmente o assédio sexual (CS2, TM7♂).

Pensar nessa relação entre a violência e o transtorno de estresse pós-traumático. Várias pessoas podem ser afetadas, podem desenvolver os sintomas (TRP1♀).

Tem coisas que as pessoas não tendem a falar. Ou porque choca muito a outra pessoa ou porque realmente está guardado no porão da pessoa, que ela não quer mexer, e fica guardado ali no porão (CS2, TM7♂).

Também surgiram comentários que demonstram que os profissionais anteriormente não viam uma associação clara entre o sofrimento psíquico e os eventos de violência vivenciados pelos pacientes. É possível observar que os pacientes com TEPT procuram os serviços de saúde com todas estas vivências, contudo a falta de capacitação dos profissionais nesse tema dificulta que os pacientes possam receber tratamento adequado como relata um profissional:

um paciente que a gente via que tinha depressão grave, que não conseguir fazer nada, mesmo com medicação [...]. E com sintomas ansiosos, depressivos, crônicos, que estão sempre complicados e que as vezes sintomas físicos mesmo, com questões psicossomáticas (CS2, TM4♀).

Outro produto que se espera com o projeto e que haja **sustentabilidade para a terapia NET**, permanecendo e se expandindo nos serviços. Esta seria uma das formas de incluir de forma contínua e sustentável um atendimento de qualidade para pacientes com TEPT e histórico de violência nos serviços de atenção primária no Rio de Janeiro e caracteriza-se pela **pertinência da parceria estratégica alcançada ao longo da intervenção**. Ao serem questionados sobre esta possibilidade, terapeutas e gestores

apontaram dificuldades institucionais e políticas que podem vir a ser obstáculos. Dentre elas destacam-se a logística do atendimento. *“existe uma dificuldade de conciliar a preceptoria e o atendimento NET”* (CS2, TM6♀) e a necessidade de ter *“que fazer adaptações, por causa do tempo do atendimento”* (CS1, TP1♀). Isto se dá pois *“na NET a gente calcula uma hora ou uma hora e meia de sessão, para ter um começo meio e fim. E isso num centro de saúde onde os pacientes são atendidos por 10 minutos, 15 minutos. É diferente”* (G1♀).

A percepção inicial dos profissionais e dos serviços é que devido ao acúmulo de demandas e funções, “ceder” esse tempo seria impossível para o bom andamento dos serviços. Porém, uma das diferenças da intervenção NET e que está se caracteriza por ser *“uma terapia breve, dois meses pra esse paciente. E que ele vai diminuir as idas ao centro de saúde, também é um ganho”* (G1♀).

Já no âmbito da política, os entrevistados apontaram falas que destacam o quanto *“teria que ter uma reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, da quantidade de famílias que as equipes atendem”* (CS1, TP3♀). A política de saúde também surge quando se pensa em *“recurso, financiamento, convênio de políticas públicas”* (G4♀) e se acredita que o *“financiamento e capacidade de trabalho são cruciais”* (G2♀).

Apesar disso, até o momento esses obstáculos encontrados não impediram a implementação da intervenção NET nos serviços ao longo do estudo piloto: *“não chegou a cortar digamos a possibilidade do atendimento”* (G3♀). Contudo esse cenário foi modificado do meio para o final do segundo semestre de 2019 com a ocorrência dos atrasos nos salários dos profissionais da saúde do CS2, diminuição dos profissionais nos serviços e estrago na estrutura física do próprio centro de saúde. O que traz a dimensão do contexto para a implementação do projeto que atravessa o planejamento e investimento para a intervenção. O recurso físico e humano é condição anterior e necessária inclusive para o próprio funcionamento do serviço. Esse caso não é isolado e seus efeitos são sentidos para além desse projeto de intervenção.

Os entrevistados deram sugestões e ideias para a sustentabilidade do atendimento NET, como capacitação voltada a outros profissionais *“se o residente fosse capacitado para atender, ele teria mais flexibilidade”* (CS2, TM4♀) ou mesmo investimento para que atendimento que aconteça em outro espaço que não seja o próprio centro de saúde, indicando um postura de delegação do atendimento para profissionais especializados: *“melhor se tivesse, ou que conseguisse um espaço ou um outro profissional que fizesse só isso”* (CS2, TM8♂).

Outra questão destacada pelos entrevistados é que seria necessário ter mais investimento e estrutura, incluindo *“pessoas efetivamente trabalhando na NET, para a NET, pensando a terapia. Enfim, precisamos fazer isso em algum momento, mas precisamos ter recurso para isso”* (G4♀).

Ao longo da discussão dos resultados apontamos algumas das dificuldades e obstáculos observados na implementação do projeto piloto NET. Os profissionais dos centros de saúde capacitados apontam benefícios e possibilidades de inserção da NET nos serviços para além do projeto piloto: *“provavelmente será incorporado é uma técnica boa”* (CS1, TP2♂); *“se a gente aprende uma ferramenta, uma técnica, que é eficaz a gente tem que utilizar”* (CS2, TM7♂); *“quando o diagnóstico é feito de forma bem precisa é possível, e deve ser incorporado, e eu acho que é uma ótima ferramenta”* (CS2, TM5♀).

O trabalho da gestão em relação a sustentabilidade tem por objetivo:

Dar suporte agora, para que cada centro de saúde possa ser mais autônomo nesse processo [...] A gente continua dando suporte para cada centro de saúde ter o seu supervisor júnior de referência, pra sensibilização, pra identificação dos casos, pra dar suporte nas terapias. [...]. Esse seria o caminho e o único jeito é pela autonomia, autonomia e sustentabilidade. Por isso que a gente faz questão de investir em todo esse suporte teórico e prático, para a formação (G1♀).

Pela visão da gestão, implantar a NET nos centros de saúde é o primeiro passo. *“É uma opção, implementar a NET nos próprios centros de saúde, e treinar mais profissionais”*. Mas, também é possível pensar a longo prazo em outras possibilidades como *“ter um centro de excelência em traumatologia”* e *“ter pessoas efetivamente trabalhando na NET, para a NET, pensando a terapia”* (G2♀).

Este processo envolveria diversos atores.

Envolve muito mais gente, envolve espaço físico, envolve disponibilidade dos serviços de abrir caminho para a terapia de pessoas que sofrem violência (...) mídia, divulgação, informação sobre o programa, os problemas, a associação com a saúde” (G4♀).

6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste tópico final da pesquisa, iremos ressaltar alguns resultados relevantes para a discussão da NET. Iniciamos esta dissertação com o objetivo de realizar um estudo de avaliabilidade (EA) do projeto piloto NET em dois serviços de atenção primária na cidade do Rio de Janeiro. Partindo do pressuposto que o EA se caracteriza por ser um exame preliminar de um programa ou intervenção, utilizamos a abordagem qualitativa e o acompanhamento da implementação do projeto. Dentre os objetivos estabelecidos buscamos descrever as ações realizadas no processo de implementação a fim de identificar, delimitar e apontar os êxitos e as lacunas. Além disso, visamos identificar os recursos humanos e materiais dos centros de saúde, além da estrutura física e do conhecimento e fluxo prévio para o atendimento de transtornos associados a violência.

De forma geral, constata-se que o projeto piloto NET, alcançou seus objetivos iniciais e se mostra apto a ser alvo de um processo de avaliação completo. Por outro lado, a dissertação reitera a relevância de se utilizar o estudo de avaliabilidade como uma pré-avaliação que pode ser feita em diversos momentos do desenvolvimento e implementação de um programa ou intervenção. Conforme Thurston e Ramaliu (2005), é esperado que um estudo de avaliabilidade tenha como produto a descrição completa do programa, assim como suas questões-chaves, pontos positivos e pontos a serem aprimorados. Alguns destes pontos foram abordados no tópico dos resultados, com o mapeamento da intervenção e dos *stakeholders* como pontos importantes para a descrição completa da intervenção. Foi possível conhecer e sistematizar as ações que compuseram o fluxo do atendimento (figura 3). Além disso etapas anteriores como a organização e planejamento (5.2) e a capacitação e treinamento (5.3).

Pela condução do EA, vimos a **centralidade da supervisão NET** ao longo do projeto e sua função complementar a capacitação. Destacamos assim a necessidade de uma atenção especial a esta atividade ao longo de futuras intervenções. Como já apontamos o EA é um processo cíclico e algumas questões chave verificadas relacionadas a supervisão foram importantes e já ocasionaram adequações, levando em consideração a realidade dos Centros de saúde ao longo do projeto piloto NET. Podemos inferir que estas adequações se colocaram como necessárias, pois na percepção dos terapeutas entrevistados a supervisão foi “fundamental” e “essencial” e como na maior parte do tempo avaliado o projeto contou com apenas uma supervisora, esta precisava de organizar e locomover entre os Centros de Saúde. Entendemos que a supervisão é um ponto crítico

e adequá-la (como tem sido feito) é importante para que a intervenção consiga alcançar o que se propõe.

Outra ação que sofreu modificações e adequações ao longo do projeto foi a etapa do recrutamento representado na figura 3. Como melhor explicitado no tópico **Recrutamento de pacientes e entrevista diagnóstica** (5.4.1) após a possibilidade de elaboração de *flyer* da pesquisa (figura 4) foi possível expandir a formas de recrutamento e utilizar este recurso para os recrutamentos ativos nos serviços e como meio de comunicação e divulgação.

Como o EA é um processo cíclico, podendo ter etapas que se sobrepõem ao longo da construção do estudo, muitos pontos críticos identificados em relação as etapas e ações já sofreram adequações ao longo da implementação do projeto.

Em relação a estrutura física e os recursos humanos disponíveis nos centros de saúde, a pesquisa mostrou a presença de um grande dilema. Nas falas dos entrevistados foi possível em diversos momentos, a dificuldade em encontrar salas tanto para as entrevistas diagnósticas, quanto para os atendimentos NET. A dinâmica do atendimento NET se diferencia bastante do atendimento usual nos centros de saúde, especialmente no que tange a questão do tempo de atendimento. *A gente calcula uma hora ou uma hora e meia de sessão, para ter um começo meio e fim. E isso num centro de saúde onde os pacientes são atendidos por 10 minutos, 15 minutos. É diferente (G1 ♀)*. Assim além do entendimento dos profissionais envolvidos diretamente é necessário um reconhecimento do atendimento pelo serviço em geral (demais funcionários, gestão) para que a técnica NET seja efetivamente inserida na rotina dos serviços de saúde. A dificuldade de salas foi agravada no final do ano de 2019 no CS2, que após períodos de chuva no Rio de Janeiro sofreu danos físicos com perda de espaço físico, como apresentamos no tópico 5.7.

Ainda pela fala dos profissionais entrevistados é possível inferir que mesmo sendo possível identificar a violência presente nos serviços de saúde, o conhecimento dos profissionais sobre o TEPT associado a violência ainda não é algo muito difundido, reforçando a importância do **treinamento de formação em terapia NET** (como visto no tópico 5.3).

Outro ponto sobre os recursos humanos que é importante ressaltar é a relevância dada a especificidade do tratamento a vítimas de violência. Tanto o Ministério da Saúde, como a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro lançaram documentos de orientação para atendimento desses pacientes. A nível nacional damos destaque a “Norma para atendimento humanizado às pessoas em situação de violência sexual”, de 2015 e “A

notificação compulsória imediata dos casos de tentativa de suicídio e violência sexual” de 2018. Em nível municipal, os serviços seguem as orientações do “Guia de referência rápido de avaliação do Risco de Suicídio” e do “Guia de Referência Rápida: Depressão e sua Prevenção”, ambos de 2016. O que corrobora com a importância de termos **diferenciais na atuação** e profissionais capacitados em oferecer tratamentos específicos, como a NET, para as pessoas em sofrimentos devido a violência, entre eles pessoas com TEPT como apresentado no tópico 5.5.

Diversos estudos já foram realizados sobre a aplicação da NET nos mais variados contextos. Lely et al (2019) analisou diversos estudos sobre a NET, que envolveram 947 indivíduos de nove países diferentes, entre adultos e adolescentes. Destes 443 passaram pela intervenção NET e os demais passaram por intervenção controle ativo e não ativo. Dentre outros aspectos os autores destacam que a aplicação NET tem alta qualidade metodológica, com boa validade externa. A NET se mostrou efetiva na redução e manutenção dos sintomas de TEPT no pós tratamento. Assim o estudo conclui que os pacientes e gestores podem esperar resultados sustentáveis com a intervenção NET, facilitando e otimizando o tratamento de pessoas em situação de TEPT (LELY *et al*, 2019).

Ao longo dos resultados, foram apresentadas as falas e percepções dos profissionais identificados como *stakeholders* (interessados na avaliação) e pessoas-chave no projeto piloto NET sobre a **capacitação e treinamento** (5.3), sobre o **atendimento as pessoas com TEPT** (5.5) e sobre as possibilidade de **sustentabilidade da terapia NET** (5.8). Os profissionais atuantes nos centros de saúde, conseguem reconhecer a violência no cotidiano de seus pacientes, mas por diversas vezes têm dificuldades em relacionar sintomas como pressão alta, ansiedade, insônia por exemplo, como possíveis da exposição a eventos adversos que incluem a violência. A partir de capacitação, treinamento e supervisão constatou-se modificação no olhar, no acolhimento e no direcionamento de algumas intervenções. “*A gente começa a fazer muito mais diagnóstico*” (CS2, TM5 ♀), “*Ampliou a minha pesquisa em casos de doença mental, casos mais graves*” (CS2, TM7 ♂) e “*Eu não fazia a associação do trauma*” (CS2, TM8 ♂).

A atividade de capacitação está em consonância com os princípios apontados na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (2001) que traz a necessidade de investir na compreensão do fenômeno da violência, para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e para **buscar formas específicas de atuação**. Esta política estimula a formação e a atuação institucional e prevê orientações

para que se acompanhe e monitore as ações, ao mesmo tempo que elas vão sendo implantadas.

A demanda por um atendimento eficaz e focado para as pessoas em sofrimento emocional em consequência da violência e outros eventos traumático em potencial é cada vez maior e complexa. Assim vem exigindo do setor saúde, de forma institucional, seja no aporte de políticas e no estabelecimento de redes de apoio e garantia de direitos. Especificamente trazendo a essas considerações a questão do TEPT é preciso acrescentar a esta demanda as modificações e propostas dos últimos anos no bojo da Reforma Psiquiátrica e traz propostas de transformações no modelo de atenção em saúde mental. Priorizando ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia dos pacientes. Para tal a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada como uma diretriz na reorganização da atenção primária no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS, tornou-se fundamental para o cuidado e acompanhamento de pacientes em sofrimento mental e seus familiares.

Não se pode deixar de levar em consideração nesta discussão os avanços da atenção primária e do SUS, ressaltando este como fundamental para garantir o acesso da população a saúde e a diminuição das desigualdades, entre outros pontos positivos. Porém atualmente há alertas importantes a fazer no sentido de ações que ameaçam a sobrevivência e o bom funcionamento desta estratégia de saúde, como congelamento de despesas por vinte anos (apenas reajustadas pela inflação), perdas de recursos para o SUS e agravamento do subfinanciamento, com pressão crescente sobre municípios (GIOVANELLA, 2018).

Em pesquisa bibliográfica sobre o tema autores apontam que os conhecimentos da Estratégia Saúde da família (ESF) vêm a contribuir com as ações de saúde mental na atenção primária, pois determinam novos paradigmas para a assistência psiquiátrica, se distanciando das antigas práticas excludentes. Devido a sua inserção no cotidiano da comunidade, o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e pacientes estimula a promoção/educação para a saúde, o que vem a contribuir para a efetivação dos princípios fundamentais do SUS na sua prática de integralidade e equidade (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A pesquisa mostrou as lacunas presentes entre os princípios estabelecidos pela SUS e pela Reforma psiquiátrica e os investimentos e organizações de saúde no Rio de Janeiro. Nesta análise não se pode deixar de apresentar e levar em consideração as modificações propostas pelo governo municipal ainda em 2018 a partir do Projeto de Lei

Orçamentária para o ano de 2019 que previu um corte de 725 milhões para a pasta da saúde da capital do Rio de Janeiro, atingindo em sua maior medida justamente a atenção primária. A pesquisadora Márcia Valéria Morosini, fez uma análise criteriosa do documento **“Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde** e suas considerações estão melhor explicitadas no site da ABRASCO.⁶ Após a divulgação e implementação deste documento muitas mudanças institucionais ocorreram nos centros de saúde vinculados a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em uma das entrevistas, destaca-se a fala da profissional que já representa essa mudança política para o investimento na atenção primária.

[...] a atenção a saúde não é um interesse particular como foi na administração passada da prefeitura então não sei eu acho que talvez seja mais o fator mais importante seja a vontade política de fazer acontecer alguma coisa importante para a população na atenção primária à saúde (G3 ♀).

Sem esse interesse as equipes ficam superlotadas, o atendimento é interrompido, como ocorreu em 2019 em diversos centros de saúde do Rio de Janeiro, comprovado em reportagens vinculadas na mídia. (a) *RJ adoce com crises na saúde municipal, estadual e federal, Folha de São Paulo, 2019*⁷; (b) *Crise na Saúde do Rio: veja como está o atendimento na rede municipal nesta terça-feira, G1. Globo, 2019*⁸; (c) *Crise na saúde: Rio tem 18,8 mil pacientes graves na fila por atendimento. Notícias UOL*⁹.

Para Giovanella (2018) a atenção primária a saúde oferece benefícios reais a qualidade dos serviços de saúde e o modelo brasileiro é reconhecido internacionalmente e entre os formuladores de política pública há consenso que para o melhor funcionamento do SUS o modelo da atenção primária a saúde deve ser fortalecida. Porém apesar desse reconhecimento Giovanella (2018) ressalta que pelos estudos há um grande descompasso entre as formulações da política e a real implementação, pois não leva em conta a heterogeneidade e a diversidade entre os municípios do Brasil. Essa diversidade exige é

⁶ Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>>.

⁷ RJ adoce com crises na saúde municipal, estadual e federal, Folha de São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/09/rj-adoece-com-crisis-na-saude-municipal-estadual-e-federal.shtml>>.. Acesso em 20.02.2020

⁸ Crise na Saúde do Rio: veja como está o atendimento na rede municipal nesta terça-feira, G1. Globo, 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/12/10/crise-na-saude-do-rio-veja-como-esta-o-atendimento-na-rede-municipal-nesta-terca-feira.ghtml>>. Acesso em 20.02.2020

⁹ (c) MELO, Igor. Crise na saúde: Rio tem 18,8 mil pacientes graves na fila por atendimento. Notícias UOL. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/12/14/crise-no-saude-rio-tem-188-mil-pacientes-graves-na-fila-por-atendimento.htm>>. Acesso em 20.02.2020.

marcada por diferenças sociodemográficas e demais diferenças características de cada município. E cada questão irá necessitar de uma oferta de serviços adequada.

Em vista dessas diversidades que buscou-se **compreender e analisar as percepções dos profissionais treinados em NET sobre a capacitação e a intervenção**. Sendo possível averiguar que estas mostraram-se fortemente associadas às condições crônicas e complexas de saúde, à morbimortalidade por causas violentas e a questões associadas à saúde mental.

Ainda segundo Giovanella (2018) a atenção primária, local de trabalho desses profissionais e onde a intervenção NET se configurou no Rio, não apresenta condições para ser centro mediador de comunicação entre os pontos de atenção, sendo necessário um desenvolvimento de estratégias para inserir e conectar a atenção primária as rede de cuidados, rede de saúde. A estratégia NET se configura como uma forma de intervenção que vem agregar e conectar á atenção primária, ainda de forma local. Funcionando no interior do próprio serviço, buscando melhorar a oferta para garantir o acesso. Sendo benéfico tanto para os profissionais, que tem uma nova estratégia, como para os usuários com garantia de tratamento adequado.

Em virtude dessa diversidade e das adversidades do serviço de saúde a partir da pesquisa, pode-se concluir que os profissionais reconhecem a NET como uma intervenção potente para sua prática profissional e para os serviços (ver tópico 5.8). Porém, há sempre presente os entraves de financiamento, suporte, equipe, estrutura que ainda precisam de mais investimento e são focos do trabalho da gestão para os próximos passos. Foi possível observar que os maiores obstáculos para a implementação da NET foi a própria instabilidade do contexto político, estrutura física e de recursos humanos a que estão sujeitos os serviços de saúde.

A partir dos objetivos de identificação dos êxitos e lacunas do projeto piloto NET a pesquisa buscou apresentar as possibilidades de **sustentabilidade e a necessidade de posterior avaliação do programa**. Com base nos estudos de avaliabilidade, entende-se que o planejamento e a avaliação são etapas distintas, mas que compõem um mesmo processo, sendo sequência desejável no âmbito das políticas públicas. Natal *et al* (2010) destaca que o estudo de avaliabilidade irá permitir que a etapa seguinte, da avaliação, seja desenvolvida com mais facilidade, o que vai maximizar seus resultados e potenciais. No âmbito da saúde pública, o EA é amplamente utilizado como uma pré-avaliação, buscando auxiliar a equipe de gestão na identificação das lacunas e pontos críticos e garantindo uma avaliação mais produtiva a posteriori (BARATIERI *et al*, 2019).

Para tal precisamos retomar os objetivos propostos pelo Projeto piloto NET que são: (a) Capacitação em NET para os profissionais da saúde de três serviços públicos de saúde do município do Rio de Janeiro. (b) Promover tratamento terapêutico a indivíduos sofrendo com os sintomas de TEPT. (c) Avaliar a implementação da prática NET nos centros de saúde.

A partir das referências e dos argumentos expostos ao longo do texto, foi possível reconhecer como há espaço para a intervenção NET nos serviços de saúde, visto que a magnitude da violência e dos transtornos mentais, assim como a associação estabelecida entre eles é percebida como cada dia mais presente no dia a dia dos serviços de saúde. A NET aponta pontos positivos para sua manutenção nos serviços tanto pelo que foi apresentado desta dissertação assim como pelo que já foi apresentado em outros estudos da NET em diversos países (CATANI ET AL., 2009; NEUNER ET AL., 2008; ERTL ET AL., 2011; JACOB ET AL., 2014; SCHAUER & SCHAUER, 2010). Os autores apontam que sua técnica tem alto potencial de disseminação, sendo possível um profissional treinado na primeira capacitação, se tornar um supervisor e realizar capacitações posteriores sem que se tenha diferenças significativas nos resultados dos pacientes. Além disso tem baixa taxa de desistência (fato corroborado também nesta pesquisa, como visto na tabela 3).

Como já foi visto a violência é uma questão presente na rotina dos serviços de saúde, seja ela no formato de violência urbana, de violência familiar, resultando em efeitos e sintomas na saúde da população. Minayo (2006) aponta que é possível olhar a partir do prisma da saúde para a violência sob dois aspectos: um explicativo, que parte da reflexão filosófica e teórica, das causas e consequências; e outro que se propõe a operacionalizar algo e parte da constatação de traumas, lesões ocasionados pela violência, ou seja se fundamenta na presença de transtornos biológicos, emocionais e físicos que proveem de situações violentas e causam impacto no bem estar e qualidade de vida das pessoas.

Citando Franco Agudelo (1990), Minayo (2006) destaca:

a violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima (p. 69).

Como apresentado na figura 1 e na figura 2 anteriormente o projeto piloto NET vem encontrando sustentabilidade a partir de outros projetos e resultados que chamamos aqui de “produtos”, a lembrar, 1. Projeto INOVA, 2. Estudo Clínico, 3. NET na rotina dos serviços, 4. Expansão para outros centros de saúde.

O projeto INOVA possibilitou, por meio de novo financiamento, um segundo treinamento de capacitação para terapeutas NET, ocorrido em setembro de 2019, além do aprofundamento da técnica pelos terapeutas formados em maio 2018, agora em processo de capacitação para serem supervisores e multiplicadores nos seus próprios centros de saúde.

O estudo clínico, vem se desenvolvendo como uma ferramenta utilizada pelas gestoras como uma avaliação da intervenção NET para a saúde, que visa analisar a sua eficácia desta. Levando em consideração as particularidades e especificidades do meio, no caso centros de saúde de atenção primária, no município do Rio de Janeiro.

Com base nestes objetivos acima citados, podemos concluir que o projeto piloto NET alcançou parcialmente seus objetos, visto que foram realizadas as capacitações para as equipes, assim como foi possível oferecer a Terapia NET para os pacientes que apresentaram sintomas de TEPT nos dois serviços estudados, porém a avaliação da implementação apenas foi iniciada com esta dissertação, sendo necessária a continuidade deste processo de avaliação.

Assim, encerrada esta etapa, seguindo os objetivos já apontados de um estudo de avaliabilidade, concluímos que o projeto piloto NET já apresenta condições de ser alvo de avaliação. E sugerimos que a partir dos dados obtidos nesta dissertação seja possível dar continuidade ao processo de avaliação de programas, levando em consideração as mudanças propostas os objetivos alcançados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMNESTY INTERNATIONAL. Brazil: "They come in shooting": policing socially excluded communities. Amnesty International, 2005.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.
- ASSIS, S.G.; DESLANDES S.; MINAYO, M.C. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BARATIERI, T. et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 240-255, Mar. 2019.
- BAUER M.W.; GASKELL G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUZA, L.C. Metodologia de avaliação em políticas públicas, uma experiência em educação profissional. 3ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.
- BOSI M.L.; MARTINEZ F.J. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo participativo. *Rev Saúde Pública* 2011
- BOSI, M.L.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da Qualidade ou Avaliação Qualitativa da Atenção? Elementos para uma demarcação conceitual. *Revista de Saúde Pública/Journal of Public Health*, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasília: Câmara dos Deputados, 1990.
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001, dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18 de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006, dispõe sobre a violência doméstica contra a mulher. Brasília: Planalto. 2006.
- BREWIN, C.R. et al. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychol Rev.* v. 117, n. 1, p. 210-32. Jan, 2010.
- BUCASIO, E. et al Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 27, p. 86-89, 2005.
- CARVALHO, A.L. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, Abr, 2012.
- CATANI C. et al. War trauma, child labor, and family violence: Life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *Journal of traumatic stress*, v. 22, n. 3, p.163-171, 2009.

- CAVALCANTE, F.G.; MORITA, P.A.; HADDAD, S.R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Revista Ciênc. e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Nov./Dez. 2009.
- CAVALCANTE, J.F. Implementação de uma rede de atenção as vítimas de acidentes de trânsito que apresentam como sequela o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) no município de Igarassu. Recife: [s.n.], 2012.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia. Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo. Brasília: CFP, 2009.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência. Brasília: CFP, 2012.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z., (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- CIENFUEGOS, A.J.; MONELLI, C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 53, p. 43–51, 1983.
- CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n.6, p. 1501-1506, Dezembro, 2011.
- DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11 (Sup), p. 1163-1178, 2007.
- DANTAS, H.S.; ANDRADE, A.G. Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 35, p. 55-60, 2008.
- DELGADO, P.G.G. Violência e saúde mental: os termos do debate. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano 15, n. 28, p.187-198, 2012.
- CHAMPAGNE, F., et al A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A (org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2011.
- DOCTORS WITHOUT BORDERS. Annual Report. [online]. 2009. Disponível em: <<https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/research/annual-report-2009>>. Acesso em: 30 jan. 2020.
- DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. vol. I, p. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
- DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educ. revista*, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.
- EHLERS, A. Understanding and Treating Unwanted Trauma Memories in Posttraumatic Stress Disorder, *z psychol*, v. 218, n. 2, p. 141-145, 2010.
- FERNANDES D. Avaliação em educação: uma discussão de algumas questões críticas e desafios a enfrentar nos próximos anos. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em

Educação [serial on the internet]. 2013

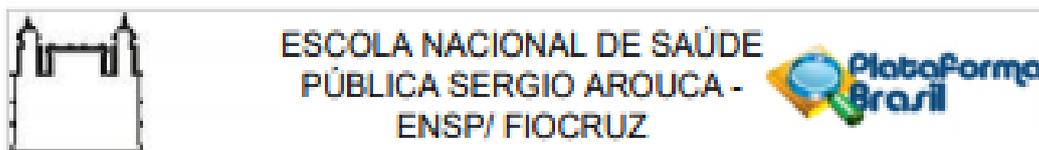
- FILHO, M.M.; JORGE, M.H.P. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. *Rev Bras Epidemiol*, v. 10, n. 4, p. 579-591, 2007.
- FREITAS, W.R.S.; JABBOUR, C.J.C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & debate*, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22, 2011.
- FURTADO, J.P.; VIEIRA DA SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, n. 12, 2014.
- GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- GAWRYSZEWSKI, V.P; KOIZUMI, M.S.; JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, Jul./Ago., 2004.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária a saúde? Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 8, [e00029818] 2018.
- GONCALVES, H.C.B.; QUEIROZ, M.R.; DELGADO, P.G.G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 17-23, Abr. 2017.
- HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. Avaliação em saúde: dos conceitos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HERMENAU, K, et al. Addressing Post-traumatic Stress and Aggression by Means of Narrative Exposure: A Randomized Controlled Trial with Ex-Combatants in the Eastern DRC. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, v. 22, n. 8, 2013.
- HOHENDORFF, J.V. et al. Parceria com a rede de atendimento no estudo da violência sexual infantil. *Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto*, v. 18, n. 2, p. 143-156, 2017.
- JONG, J.D. *Trauma, war, and violence: Public mental health in socio-cultural context*. New York: Kluwer Academic Publishers, 2002.
- JACOB, N.; NEUNER, F.; MAEDL A.; SCHAAL, S, ELBERT, T. Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: a randomized controlled trial in Rwanda. *Psychother Psychosom*, v. 83, n. 6, p. 354-363, 2014.
- KÖBACH, A. et al. Psychotherapeutic intervention in the demobilization process: Addressing combat-related mental injuries with narrative exposure in a first and second dissemination stage. *Clinical psychology & psychotherapy*, v. 24, n. 4, p. 807-825, 2017.
- KÖBACH, A.; SCHAUER, M.; ELBERT, T. *Checklist for Threats to Human Life (THL)*. Konstanz: Universität Konstanz, 2016.

- KOLASSA, I.T, et al. The risk of posttraumatic stress disorder after trauma depends on traumatic load and the catechol-o-methyltransferase Val(158)Met polymorphism. *Biological Psychiatry* 67(4): 304-308. 2010
- LE GOFF, J, História e memória. Tradução Bernardo Leitão [et al.]. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1990.
- LEITE, F.M.C. et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 33, 2017.
- LELY, J.C.G. et al. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, v. 10, n. 1, 2019.
- LEVITON, L.C, et al. Teaching evaluation using evaluability assessment. *Evaluation*, v. 4, n. 4, 1998.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- LUNA, E.J.A.; ARAÚJO, W.N.; CAVALCANTE, L.P.G. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol M.Z., Silva M.C. (orgs.). *Epidemiologia & Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- LUZ, M.P. et al. Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population. *Journal of Psychiatric Research*, v. 72, p. 51-57, 2016.
- MARI, J.J.; MELLO, M.F.; FIGUEIRA, I. The impact of urban violence on mental health. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 30, n. 3, p. 183-184, 2008.
- MASCARENHAS, M.D.M. & BARROS, M.B. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. v. 18, n. 4, p.771-784, 2015.
- MCFARLANE, A.C. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry*, v. 61, p. 15-20, 2000.
- MINAYO, M.C.S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 1994.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M.C.S. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2009.
- MINAYO, M.C.S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, Florianópolis, v. 2, n. 2, 2011.
- MORATH, J. et al. The effect of trauma-focused therapy on the altered T cell distribution in individuals with PTSD: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research*, v. 54, p. 1-10, 2014.

- MORE, A. “Entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, v. 3, p. 126-131, 2015.
- NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 560-571, 2010.
- NEPP/UNICAMP – Núcleo de estudos de políticas públicas. Modelo de avaliação de programas sociais prioritários. Relatório final. Campinas, SP: UNICAMP, 1999.
- NEUNER, F. et al. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *J Consult Clin Psychol*, v. 72, n. 4, p. 579-587, 2004.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995.
- ORANG, T. et al. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence - A randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, v. 25, n. 6, p. 827-841, 2018.
- PUPO, M.C. et al. Health-Related Quality of Life in posttraumatic Stress Disorder: Four Years Follow-up Study of Individuals Exposed to Urban Violence. *Psychiatry Res.*, v. 228, n. 3, p. 741-745, 2015.
- PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
- ROBJANT, K.; FAZEL, M. The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, v. 30, n. 8, p. 1030-1039, 2010.
- SCHAUER, M.; NEUNER, F.; ELBERT, T. *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Boston: Hogrefe Publishing, 2011.
- SCHAUER, M.; NEUNER, F.; ELBERT, T. *Narrative Exposure Therapy. A short term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture*. Germany: Hogrefe & Huber, 2005.
- SERPELONI, F. et al. *Terapia de Exposição Narrativa - Tratamento breve, baseado em evidências, do Transtorno do Estresse Pós-Traumático*. Universidade de Konstanz/ Fiocruz/ Vivo internacional, 2018.
- SERPELONI, F.; RADTKE, K.; ASSIS, S.G. Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study. *Transl Psychiatry*, v. 7, [e1202], 2017.
- SILVA, R.N. et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, [e00159415], 2017.
- SMITH, M.F. *Evaluability assessment: a practical approach*. Boston, MA: Kluwer Academics, 1989.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, n.16, p. 20-45, Dec. 2006.
- SOUZA, E.C.; GUIMARÃES, J.M.; SILVA, M.R. Estudos de avaliabilidade de políticas

- e programas de saúde no brasil: revisão integrativa. *Sanare, Sobral*, v. 16 n. 2, 2017.
- SOUZA, V.B.; ORTI, N.P.; BOLSONI-SILVA, A.T. Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 102-122, dez. 2012.
- WHO – World Health Organization. *The WHO World Mental Health Survey Consortium*. WHO, 2004.
- THURSTON, W.E.; RAMALIU, A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. *Can J Progr Eval*, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.
- TOL, W.A.; BARBUI, C.; GALAPPATTI, A. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *The Lancet*, v. 378, n. 9802, p. 1581-1591, 2011.
- VELHO, G (org.). *O desafio da cidade. Novas perspectivas da antropologia brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.
- VELHO, G. Observando o familiar. In: Nunes, E. (org). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- VON HOHENDORFF, J.; HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 35, n. 1, Jan./Mar., 2015.
- WITTER, G.P. Supervisor-estagiário-cliente: destinatários de nossas intervenções. In: RAMOS, C.; SILVA, G.G.; SOUZA, S. (Orgs.). *Práticas psicológicas em instituições: uma reflexão sobre os serviços-escola*. São Paulo: Vetor, 2006.
- WHOLEY, J.S. *Evaluation: promise and performance*. Washington (DC): The Urban Institute, 1979.
- XIMENES, L.F.; OLIVEIRA, R.V.C.; ASSIS, S.G. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 417-433, 2009.
- YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- YOUNG, A.C. et al. Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 53, n. 1, p. 56-63, 2012.
- YOUNGNER, C. et al. Treatment of pos-traumatic stress disorder, in Gabbard's *treatment of psychiatric disorders*. 5ª ed. Washington DC: APA, 2014.
- ZANG, Y.N.; COX, T. Um estudo piloto controlado randomizado: a eficácia da terapia de exposição narrativa com adultos sobreviventes do terremoto de Sichuan. *Psiquiatria BMC*. 2013.

APÊNDICES


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Narrativa de exposição terapêutica (NET) para sobreviventes da violência

Pesquisador: Simone Gonçalves de Assis

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 8

CAAE: 82095418.8.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: University of Konstanz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.265.839

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a solicitação da emenda 2 com a seguinte justificativa:

"Inclusão do subprojeto da aluna de mestrado Fernanda Catarino (IFF/Fiocruz) cujo objetivo de pesquisa é realizar o monitoramento da implantação do projeto NET conforme previsto no objetivo principal. Foi também solicitada a extensão do cronograma para adequação do projeto".

A apresentação do projeto foi descrita nos pareceres consubstanciados de aprovação de número 2.604.289, emitido pelo CEP/ENSP, em 17 de Abril de 2018 e de número 2.672.915, emitido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em 24 de Maio de 2018.

O projeto também recebeu os seguintes pareceres consubstanciados:

- 2.481.469, emitido pelo CEP/ENSP, em 01 de Fevereiro de 2018 (Pendente);

- 2.581.450, emitido pelo CEP/ENSP, em 05 de Abril de 2018 (Pendente);

- 2.647.674, emitido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em 11 de Maio de 2018 (Pendente);

- 2.751.255, emitido pelo CEP/ENSP, em 03 de Julho de 2018 (Emenda 1 - Aprovado);

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
 Bairro: Marquinhos CEP: 21.041-310
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Apêndice 1

Roteiro de entrevista semiestruturada – Profissionais NET

1. De modo geral, qual a sua percepção sobre o treinamento? Como foi? Quais as dificuldades? Quais os benefícios?
2. Quais eram as suas percepções sobre o Transtorno do Estresse Pós-Traumático antes do treinamento? O que mudou após o treinamento?
3. Como acontecia no serviço o atendimento desses casos antes do treinamento NET?
4. Os sintomas de TEPT identificados no seu serviço eram associados a violência antes do projeto NET?
5. Você atendia pacientes com TEPT no serviço antes do projeto? Oferecia alguma terapia específica para os sintomas de TEPT?
6. Como está sendo o atendimento dos pacientes NET? Pontos positivos e negativos?
7. Como tem sido as supervisões de atendimento NET? No que tem ajudado? O que falta?
8. Falta algo no seu serviço que poderia ajudar os pacientes que chegam com histórico de violência?
9. A partir de sua perspectiva, é possível incorporar a prática NET na sua rotina de serviço de atendimento?
10. Você tem informações sobre seus pacientes que já finalizaram o atendimento NET? Como eles estão no que se refere aos sintomas do TEPT?

Apêndice 2

Roteiro de entrevista semiestruturada (1) – equipe de gestão

1. Qual a motivação inicial para a implementação do projeto NET no Rio de Janeiro?
2. Quais as dificuldades que existem nos serviços que justifiquem a introdução da intervenção NET?
3. Como se deu a escolha dos serviços e dos profissionais para o projeto?
4. Quais as possibilidades e as dificuldades encontradas na sensibilização dos profissionais?
5. Como foi sua participação no treinamento dado aos profissionais em 2018?
6. Como foi sua experiência de atendimento a paciente na intervenção NET?
7. Como se deram os encontros de supervisão?
8. Quais as qualidades e limitações que observa entre os profissionais que realizam o atendimento NET?
9. Há mudanças observáveis nos pacientes que receberam a intervenção NET ao longo dos atendimentos?
10. Quais as principais dificuldades dos serviços que entravam o atendimento NET? E o que facilita o andamento da terapia?
11. Quais os principais desafios encontrados no planejamento e da execução do projeto?
12. Quais as possibilidades de desenvolvimento e sustentabilidade da NET no município do Rio de Janeiro?

Roteiro de entrevista semiestruturada (2) – equipe de gestão

1. Qual a motivação inicial para a implementação do projeto NET no Rio de Janeiro?
2. Quais as dificuldades que existem nos serviços que justifiquem a introdução da intervenção NET?
3. Como se deu a escolha dos serviços e dos profissionais para o projeto?
4. Quais as possibilidades e as dificuldades encontradas na sensibilização dos profissionais?
5. Como se deu a organização e a execução do treinamento dado aos profissionais em 2018? E a organização e execução do treinamento da equipe de triagem?
6. Como se deram os encontros de supervisão com os profissionais que atendem os pacientes?
7. Como se deram os encontros de supervisão com a equipe de triagem? Quais as atividades desenvolvidas por eles?
8. Quais as qualidades e quais as limitações que observa entre os profissionais que realizam o atendimento NET sob supervisão?
9. Há mudanças observáveis nos pacientes que receberam a intervenção NET ao longo dos atendimentos?
10. Quais as principais dificuldades dos serviços que entravam os atendimentos NET? O que facilita o andamento da terapia?
11. Quais os principais desafios encontrados no planejamento e na execução do projeto?
12. Quais são as possibilidades de desenvolvimento e sustentabilidade da NET no município do Rio de Janeiro?

Roteiro de entrevista semiestruturada (3) – equipe de gestão

1. Qual a motivação inicial para a implementação do projeto NET no Rio de Janeiro?
2. Quais as dificuldades que existem nos serviços que justifiquem a introdução da intervenção NET?
3. Como está sendo para a FIOCRUZ a implementação do projeto piloto NET?
4. Você vê relevância do projeto piloto NET em relação as políticas públicas de atendimento a vítimas de violência nos serviços de saúde?
5. Quais os principais desafios encontrados no planejamento e da execução do projeto?
6. Quais as possibilidades de desenvolvimento e sustentabilidade da NET no município do Rio de Janeiro?

Roteiro de entrevista semiestruturada (4) – equipe de gestão

1. Qual a motivação inicial para a implementação do projeto NET no Brasil?
2. A partir da sua experiência com a NET pelo mundo quais as possibilidades e dificuldades na sensibilização dos profissionais no projeto piloto Net no Rio de Janeiro?
3. Como se deu a organização e a execução do treinamento dado aos profissionais no Rio de Janeiro em 2018? E a organização e execução do treinamento da equipe de triagem?
4. Como se deram os encontros de supervisão com os profissionais que atendem os pacientes enquanto esteve no Rio de Janeiro?
5. Quais os principais desafios encontrados no planejamento e na execução do projeto NET no Rio de Janeiro?
6. Quais são as possibilidades de desenvolvimento e sustentabilidade da NET no município do Rio de Janeiro?

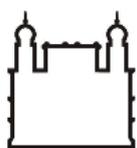
Apêndice 3

Roteiro de entrevista semi estruturada – Equipe de triagem

1. Quais eram as suas percepções sobre o transtorno do estresse pós-traumático antes do treinamento? E o que mudou depois do treinamento?
2. Como o treinamento te ajudou a realizar as entrevistas?
2. Como está sendo o fluxo das entrevistas? Como é que elas estão sendo agendadas? Onde elas estão sendo realizadas? Como que está sendo essa logística?
3. Quais foram as maiores dificuldades que você encontrou durante as entrevistas?
4. Quais são as queixas e sofrimentos que mais aparecem pelos participantes?
5. Como é que está sendo pra você as entrevistas, ouvir essas histórias?

Apêndice 4

TCLE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Versão: EQUIPE DE SAÚDE

Prezado/a profissional,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Narrativa de Exposição Terapêutica (NET) para sobreviventes da violência” pois você recebeu treinamento em Narrativa de Exposição Terapêutica (NET) e a integrou em sua prática com pelo menos um paciente com sintomas de estresse pós-traumático (TEPT). Essa pesquisa é desenvolvida pela Profa. Dra. Simone Gonçalves Assis, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo central do estudo é reforçar os cuidados à saúde de indivíduos expostos à violência por meio da NET, visando a promoção da saúde e aumento da qualidade de vida. Caso concorde em participar, você irá responder questões que envolvam características sobre a sua experiência com a prática NET. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente trinta minutos.

Esta entrevista será gravada em áudio. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Tomaremos todos os cuidados necessários para que qualquer dado que possa te identificar seja omitido. Dessa forma não serão divulgados dados que possibilitem a sua identificação. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador/a informações sobre a participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Durante a entrevista serão perguntadas sobre a sua experiência com a NET nos serviços de atenção primária. Em caso de qualquer desconforto ou constrangimento em relação às perguntas formuladas, você tem todo o direito de não respondê-las. Os pesquisadores conduzirão a entrevista com muita sensibilidade, pois o seu bem-estar é de alta prioridade para nós. Contudo, se você não se sentir bem disposta após a entrevista, um psicólogo da equipe estará à disposição para conversar com você.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto, entretanto, você estará contribuindo para a investigação e o conhecimento sobre o tema no país. Quanto aos benefícios indiretos relacionados a sua colaboração nesta pesquisa, as informações dadas poderão contribuir para a disseminação de estratégias de intervenção e promoção da saúde das famílias para outros centros de saúde, além de apoio na formulação de políticas públicas. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. A sua participação é voluntária. Você não terá qualquer despesa com a realização da entrevista que será custeada pela Universidade de Konstanz (Alemanha). Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

O material de pesquisa será armazenado em local seguro em arquivos digitais,

mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e equipe de pesquisa delegada por pela própria pesquisadora. Ao final da pesquisa, todo material referente à entrevista será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, de acordo com as regulamentações nacionais de pesquisa. Você pode ter acesso aos resultados do estudo, assim como tem o direito de retirar o consentimento de guarda e utilização do material de pesquisa armazenado a qualquer tempo sem quaisquer ônus ou prejuízo, valendo da desistência a partir da data de comunicação desta. Para isso pode entrar em contato com a coordenadora do projeto através das informações de contato escritas nesse termo. Será realizado um seminário com os resultados para os profissionais de saúde do Centro de Saúde. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Você deve sentir-se suficientemente esclarecido e informado sobre a pesquisa para decidir se consente em participar ou não. Também deve ficar claro que você poderá decidir se retirar da pesquisa a qualquer momento sem que ocorra qualquer tipo de penalização. Contudo, a sua participação é muito importante para a execução da pesquisa. Desta maneira solicitamos o consentimento para a sua participação na pesquisa nos termos referidos acima. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o/a pesquisador/a. Por favor, rubrique todas as páginas desse termo. O/a pesquisador/a responsável também deverá rubricar todas as páginas.

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Nome do Participante:

Assinatura _____ do
participante: _____
Data: _____

Nome _____ **do** _____ **Entrevistador/a:** _____
Assinatura _____ do
entrevistador/a: _____
Data: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Tel e Fax do CEP/ENSP: (21)25982863, email <cep@ensp.fiocruz.br>, <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Se desejar consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), tel (61)33155878/(61)9915-5879, email <conep@saude.gov.br>. Contato com o pesquisador responsável: Simone Gonçalves de Assis, Avenida Brasil, 4036. Sala 700. Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21040-361. Prédio Expansão Campus. Tel e Fax: (21) 2290-4893, no horário de 8:00 às 17:00 horas, ou por email: sgassis@globocom.com.