

(Organizadores)
Leandro Guimarães Garcia
Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos

SAÚDE MENTAL

ABORDAGENS E ESTRATÉGIAS
PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO



(Organizadores)
Leandro Guimarães Garcia
Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos

SAÚDE MENTAL

ABORDAGENS E ESTRATÉGIAS
PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO

Volume 1
2ª. edição



Palmas- TO
2021

Universidade Federal do Tocantins

Editora da Universidade Federal do Tocantins - EDUFT

Reitor

Luis Eduardo Bovolato

Vice-reitora

Ana Lúcia de Medeiros

Pró-Reitor de Administração e Finanças (PROAD)

Jaasiel Nascimento Lima

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis (PROEST)

Kherley Caxias Batista Barbosa

Pró-Reitora de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários (PROEX)

Maria Santana Ferreira Milhomem

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (PROGEDEP)

Vânia Maria de Araújo Passos

Pró-Reitor de Graduação (PROGRAD)

Eduardo José Cezari

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPESQ)

Raphael Sanzio Pimenta

Conselho Editorial

Presidente

Francisco Gilson Rebouças Porto Junior

Membros por área:

Liliam Deisy Ghizoni
Eder Ahmad Charaf Eddine
(Ciências Biológicas e da Saúde)

João Nunes da Silva
Ana Roseli Paes dos Santos
Lidianne Salvatierra
Wilson Rogério dos Santos
(Interdisciplinar)

Alexandre Tadeu Rossini da Silva
Maxwell Diógenes Bandeira de Melo
(Engenharias, Ciências Exatas e da Terra)

Francisco Gilson Rebouças Porto Junior
Thays Assunção Reis
Vinicius Pinheiro Marques
(Ciências Sociais Aplicadas)

Marcos Alexandre de Melo Santiago
Tiago Groh de Mello Cesar
William Douglas Guilherme
Gustavo Cunha Araújo
(Ciências Humanas, Letras e Artes)

Comitê Editorial do Selo do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde (PPGECS)

Presidente

Leandro Guimarães Garcia

Membros do Comitê Editorial

Fernando Quaresma
Janeisi de Lima Meira
José Lauro Martins
Erika da Silva Maciel

Diagramação e capa: Gráfica Movimento

Arte de capa: Gráfica Movimento

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



<http://www.abecbrasil.org.br>



<http://www.abeu.org.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

G216s

Garcia, Leandro Guimarães.

Saúde mental: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado /
Organizadores: Leandro Guimarães Garcia, Joyce Duailibe Laignier Barbosa
Santos . 2. ed. – Palmas: EDUFT, 2021.

221 p. ; 21 x 29,7 cm. (v.1)

ISBN 978-65-89119-87-6 (epub)

1. Saúde mental 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde primária. 4.
Atenção básica, saúde. 5. Matriciamento. 6. Projetos terapêuticos. I. Joyce
Duailibe Laignier Barbosa Santos II. Título. III. Subtítulo.

CDD – 616

SUMÁRIO

Capítulo 1 - Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial: perspectivas para o cuidado integral em Saúde Mental	12
1.1 O Sistema Único de Saúde e seu contexto histórico-político	12
1.2 Princípios, Diretrizes e Estrutura do Sistema Único de Saúde	18
1.2.1 <i>Princípios e Diretrizes do SUS</i>	18
1.2.2 <i>Doutrinários</i>	19
1.2.2.1 <i>Princípio da Universalidade</i>	19
1.2.2.2 <i>Princípio da Equidade</i>	19
1.2.2.3 <i>Princípio da Integralidade</i>	20
1.2.3 <i>Organizativos (Princípios/diretrizes)</i>	20
1.2.3.1 <i>Descentralização</i>	20
1.2.3.2 <i>Regionalização e hierarquização</i>	20
1.2.3.3 <i>Participação Popular</i>	23
1.2.4 <i>Estrutura e organização do SUS</i>	23
1.2.4.1 <i>Estrutura Institucional e Decisória do SUS</i>	23
1.2.4.2 <i>Os comitês intergestores e a comissão intergestores regional na saúde</i> ..	25
1.2.4.3 <i>Comitê Intergestores Tripartite (CIT)</i>	25
1.2.4.4 <i>Comitê Intergestores Bipartite (CIB)</i>	26
1.2.4.5 <i>Comissão Intergestores Regional (CIR)</i>	26
1.2.5 <i>Organização do SUS</i>	27
1.3 Atenção Primária à Saúde	28
1.4 Rede de Atenção à Saúde (RAS)	30
1.5 Sistema Único de Saúde e Rede de Atenção Psicossocial	34
1.6 Considerações finais	35
REFERÊNCIAS	35
Capítulo 2 - Acompanhamento e encaminhamento	42
2.1 A organização do sistema de saúde e a rede de atenção à saúde	42
2.2 Atuação profissional na atenção básica em saúde	44
2.2.1 <i>Acompanhamento de pessoas com transtornos mentais comuns no território</i> ..	44
2.2.1.1 <i>Acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves no território</i> ..	45
2.2.1.2 <i>Como lidar com o preconceito e estigma com o usuário</i>	45
2.2.2 <i>Ações em saúde mental que podem ser desenvolvidas na atenção básica</i>	46
2.2.2.1 <i>Ações em saúde mental que podem ser desenvolvidas na atenção básica pelos ACS – Agentes Comunitários de Saúde</i>	46

2.2.2.2 Ações em saúde mental que podem ser desenvolvidas na atenção básica pelos auxiliares e técnicos de enfermagem	46
2.2.2.3 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo Enfermeiro	47
2.2.2.4 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional de Odontologia.....	47
2.2.2.5 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Psicólogo.....	48
2.2.2.6 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Farmacêutico	48
2.2.2.7 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Médico.....	49
2.3 Da rede de atenção à saúde a rede de atenção à saúde mental no Brasil. .	50
2.3.1 Atenção Básica em Saúde.....	53
2.3.2 Atenção Psicossocial Estratégica	55
2.3.3 Atenção de Urgência e Emergência	56
2.3.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório	57
2.3.5 Atenção Hospitalar	57
2.3.6 Estratégias de Desinstitucionalização	58
2.3.7 Estratégias de Reabilitação Psicossocial.....	59
2.3.8 A Saúde Mental, a Atenção Básica, os Usuários em Crise e os Encaminhamentos ..	59
2.4 Matriciamento em saúde mental.....	61
2.5 NASF-AB.....	62
2.5.1 Instrumentos que auxiliam na produção de saúde.....	64
2.5.1.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	64
2.5.1.2 Genograma	64
2.5.1.3 Ecomapa.....	66
2.5.1.4 Atendimento domiciliar	67
2.5.1.5 Atendimento Individual Compartilhado	68
2.5.1.6 Atendimento Individual Específico.....	68
2.5.2 Integração entre o NASF e a RAS	68
Referências	69
Capítulo 3 – O Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica a partir do Projeto Terapêutico Singular: fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	72
3.1 A Atenção Básica e a RAPS.....	72
3.2 Breve histórico da inserção da saúde mental no território	74
3.3 Matriciamento	77
3.3.1 Apoio Institucional Para Novos Arranjos de Cuidado	80
3.3.2 Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial.....	82

3.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	85
3.4.1 <i>Diagnóstico e Análise</i>	85
3.4.2 <i>Definição de ações e metas</i>	86
3.4.3 <i>Divisão das responsabilidades</i>	86
3.4.4 <i>Reavaliação</i>	87
3.5 Considerações Finais	88
Referências	90
Anexo 1	93
Capítulo 4 - Tecendo a Raps em Municípios de pequeno porte.	96
4.1 Introdução.	96
4.2. Municípios de pequeno porte e a gestão do SUS	96
4.3. Delineamento da RAPS e o cuidado em saúde mental	99
4.4. Planejamento do atendimento ao paciente	100
4.5. Regiões de Saúde e a RAPS	102
4.6 Tecendo a RAPS nos Municípios	103
4.7. Implementação dos pontos de atenção da RAPS em municípios de pequeno porte	104
4.8 Financiamento da estruturação e da manutenção dos pontos de atenção da RAPS	107
4.9 Intersetorialidade e a Rede de Atenção Psicossocial	111
4.9.1 <i>Ações de atenção específica para crianças e adolescentes.</i>	115
4.9.2 <i>Ações de atenção específica para idosos</i>	116
4.9.3 <i>Ações de atenção específica para a área de álcool e outras drogas</i>	117
4.9.4 <i>Ações de prevenção ao suicídio</i>	118
4.9.5 <i>Sofrimento psíquico</i>	119
4.9.6 <i>Ações de atenção específica para as gestantes</i>	120
4.9.7 <i>Ações de atenção específica para o Trabalhador</i>	121
Referências	123
Anexo 2	129
Capítulo 5 – Acolhimento	133
5.1 Por que falar de acolhimento?	133
5.2 Afinal de qual acolhimento estamos falando?	135
5.2.1 <i>Acolhimento é um ato de inclusão</i>	135
5.2.2 <i>Acolhimento não é uma atitude voluntária de “bondade” ou “favor” exercida pelos profissionais</i>	136
5.2.3 <i>A habilidade e competência de acolher não é uma “vocação” de determinado profissional</i>	137

5.2.4	<i>Acolhimento não é somente um local da unidade/serviço</i>	137
5.2.5	<i>O acolhimento não é exercido somente na porta de entrada ou recepção</i> . . .	138
5.2.6	<i>Acolhimento não é um repasse de encaminhamentos para serviços especializados</i>	138
5.2.7	<i>Acolhimento é uma estratégia de intervenção nos processos de trabalho</i> . . .	139
5.3	Ferramentas para o acolhimento eficaz na atenção básica com ênfase em saúde mental	140
5.4	Acolhimento é o encontro para o cuidado	141
5.4.1	<i>Esse encontro é uma disponibilidade ao outro e ao território</i>	142
5.5	Acolhimento exige escuta qualificada	142
5.6	Construção de vínculo através da empatia e alteridade	143
5.6.1	<i>Acolhimento exige apoio e incentivo para o protagonismo de usuários e famílias</i>	144
5.7	Acolhimento é uma estratégia de intervenção na organização dos processos de trabalho	145
5.7.1	<i>Acolhimento na gestão dos processos de trabalho no SUS</i>	145
5.8	Acolhimento exige fortalecimento do acesso e da inclusão	146
5.9	Acolhimento exige atenção aos riscos e vulnerabilidades	147
5.10	Afinal como produzir um acolhimento efetivo?	148
5.10.1	<i>Desenvolvimento dos territórios</i>	148
5.10.2	<i>Acolhimento pela equipe de referência do usuário</i>	149
5.10.3	<i>Equipe de acolhimento do dia</i>	149
5.10.4	<i>Acolhimento Misto</i>	149
5.10.5	<i>Acolhimento coletivo</i>	150
5.11	Considerações Finais	150
	Referências	150
Capítulo 6	- Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica	152
6.1	Transtornos mentais na atenção básica	152
6.2	Risco para transtornos mentais	153
6.3	O exame do estado mental: funcionamento normal e sinais e sintomas dos transtornos mentais	157
6.4	Transtornos mentais comuns (TMC): depressão, ansiedade, somatização . . .	158
6.4.1	<i>Recomendações para o acolhimento do usuário nas unidades de saúde</i>	158
6.4.2	<i>Princípios que norteiam o cuidado ao usuário</i>	159
6.4.3	<i>Outros aspectos importantes</i>	159
6.4.4	<i>Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na detecção e cuidado aos transtornos mentais comuns</i>	160
6.4.5	<i>Outros pontos que merecem atenção</i>	160

6.5 Risco de suicídio	160
6.5.1 <i>Conceitos básicos</i>	161
6.5.2 <i>Fatores de risco</i>	161
6.5.3 <i>Avaliação do risco de suicídio</i>	161
6.5.4 <i>Manejo</i>	162
6.6 Abuso do álcool e dependência do tabaco	163
Referências	164
ANEXO 3: Cartão Babel	167
Capítulo 7 - Práticas em saúde mental	169
7.1 Práticas Integrativas e Complementares	169
7.1.1 <i>Meditação</i>	169
7.1.1.1 <i>Benefícios das práticas meditativas</i>	170
7.1.1.2 <i>Números de sessões/intervenções com práticas meditativas</i>	171
7.1.1.3 <i>Mindfulness</i>	171
7.1.1.3.1 <i>Intervenção baseada no Mindfulness indicado para pacientes jovens e adultos</i>	172
7.1.1.4 <i>Yoga</i>	173
7.1.2 <i>Arteterapia</i>	174
7.1.3 <i>Musicoterapia</i>	176
7.1.3.1 <i>Intervenção para crianças, jovens, adultos e idosos com a musicoterapia</i> ..	177
7.1.4 <i>Leitura como opção terapêutica</i>	178
7.1.4.1 <i>Proposta de Intervenção</i>	179
7.1.5 <i>Terapia comunitária integrativa e autocuidado em saúde mental</i>	180
7.1.5.1 <i>Proposta de Intervenção</i>	181
7.1.6 <i>Constelação familiar</i>	181
7.1.7 <i>Atividade física</i>	183
7.1.7.1 <i>Proposta de intervenção: manutenção cardiorespiratória</i>	184
7.1.8 <i>Hipnose</i>	184
7.1.9 <i>Auriculoterapia</i>	187
7.1.10 <i>Homeopatia</i>	188
7.1.11 <i>Ayurveda</i>	189
7.2 Grupos de Saúde Mental na Atenção Básica	191
7.2.1 <i>Tecnologias leves na Atenção Básica</i>	192
7.2.2 <i>Promoção de Saúde Mental</i>	192
7.2.3 <i>O Trabalho com Grupos de Saúde Mental na Atenção Básica</i>	194
7.2.4 <i>Grupos em Saúde Mental</i>	194
7.2.5 <i>Classificação dos grupos</i>	195

7.2.5.1 Quanto ao seu funcionamento	195
7.2.5.2 Quanto a sua constituição	195
7.2.5.3 Quanto ao seu objetivo.	196
7.2.6 Tipos de grupos	196
7.2.6.1 O grupo Operativo.	196
7.2.6.2 O Grupo psicoterapêutico	197
7.2.6.3 Grupo de Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM)	197
7.2.7 Planejamento e Encontro Grupal	198
7.2.7.1 Planejando o encontro grupal	198
7.2.7.2 Etapas do Encontro Grupal	199
7.2.8 Oficinas terapêuticas	199
7.3 Uso Racional de Medicações no Tratamento de Pacientes em Sofrimento Mental	200
7.3.1 Antipsicóticos.	200
7.3.2 Antidepressivos	201
7.3.3 Estabilizadores de humor.	202
7.3.4 Ansiolíticos e hipnóticos	203
7.3.5 Estimulantes.	204
7.3.6 Medicalização	205
Referências	206
SOBRE OS AUTORES	216

Capítulo 1 - Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial: perspectivas para o cuidado integral em Saúde Mental

Maria Sortênia Alves Guimarães

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

Neilton Araujo de Oliveira

Fernanda Oliveira Brito dos Reis

Lorena Dias Monteiro

1.1 O Sistema Único de Saúde e seu contexto histórico-político

O Brasil é o único país do mundo, com mais de cem milhões de habitantes, a contar com um sistema universal de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde). Ele representa uma luta e conquista da sociedade brasileira, diretamente associada à construção do estado democrático de direito expresso na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Ele é utilizado por toda a população, na dimensão da proteção e vigilância à saúde, na prevenção de doenças e outros agravos à saúde, sendo reconhecido, em geral, por somente cerca de 75% dos brasileiros – aqueles que usam os serviços assistenciais.

O SUS foi e está sendo construído num processo contra hegemônico, tendo necessidade diária de se legitimar. Enfrentou e enfrenta diversas e diferentes dificuldades, desde o seu financiamento historicamente insuficiente, a inadequada formação de sua força de trabalho, até a crescente demanda por uma gestão de qualidade. Além disso também se faz necessário, em especial, uma participação e controle social potentes (pilar estratégico de sua sustentação), hoje ainda bastante frágeis e em construção, tendo que fazer e aprender, aprender e fazer, tudo ao mesmo tempo.

Institucionalizado na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e regulamentado por diversos instrumentos legais como as Leis Ordinárias 8.080/90 (BRASIL, 1990) e 8.142/90 (BRASIL, 1990), conhecidas como as “Leis Orgânicas da Saúde” e a Lei Complementar 141/12 (BRASIL, 2012), dentre outros instrumentos jurídicos, incluindo decretos, normas e uma infinidade de portarias, pode-se dizer que nos aspectos jurídico-legais o SUS está consolidado; entretanto para se alcançar tal estágio, o SUS percorreu um longo e tumultuado caminho.

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil (MRS) consolidou-se anteriormente à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e consolidou-se como uma indução e comando potentes, conseguindo progressivamente envolver e mobilizar sujeitos e instituições de diversos espaços sociais e políticos, incluindo a academia e movimentos populares. Nesse contexto, ressalta-se a importância de conhecer e refletir sobre o nascimento e trajetória do SUS e algumas das suas características e propósitos já alcançados, contudo com tantas outras ainda por serem operadas e consolidadas.

Um marco central do processo de construção do SUS, ao mesmo tempo um momento de síntese da luta pela saúde no Brasil, foi a realização da 8ª CNS, em 1986, sendo a primeira Conferência Nacional de Saúde a contar com a participação de usuários. Essa histórica Conferência teve como precedentes diversos episódios e acontecimentos importantes, dentre os quais, destaca-se em âmbito internacional, o encontro mundial da “Conferência de Alma-Ata” (BRASIL, 1978), em 1978, que culminou com a aprovação de um objetivo global de **alcançar saúde para todos no ano 2000**, estabelecendo a Atenção Primária de Saúde como a estratégia competente para isso. Se em 2000, e mesmo hoje, ainda não alcançamos “saúde para todos”, pelo menos conseguimos dar visibilidade, valor e concretude à estratégia da Atenção Primária de Saúde no Brasil. Essa estratégia também é conhecida e trabalhada como Atenção Básica de Saúde, dentro da qual surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) que, posteriormente, evoluiu para o que é, atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma marca do SUS e da luta brasileira pela saúde (OLIVEIRA, 2007).

Como afirma Oliveira (2007), a luta pela saúde e por torná-la, mais do que um direito humano fundamental, um direito constitucional, ganha robustez e capilaridade relevantes no processo constituinte de 1986-88 e alcança uma vitória fantástica e histórica, consagrada na CF/1988, quando estabelece os princípios norteadores do SUS: Universalidade, Integralidade, Equidade e Controle Social, e formula um conceito novo da saúde, assim expresso em seu artigo 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na sequência do que se alcançou na CF/88, conhecida como a *Constituição Cidadã*, estavam os desafios da regulamentação e organização do novo Sistema Nacional de Saúde, o SUS, e em 19 de setembro de 1990 é aprovada a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), que originalmente deveria ser a única “lei orgânica da saúde”, porém, face aos vetos presidenciais na ocasião, novamente se mobiliza o Movimento da Reforma Sanitária e a sociedade brasileira para, entre o Natal e o Ano Novo, em 28 de dezembro de 1990, se aprovar a Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), a segunda “lei orgânica do SUS”, também conhecida como a “lei do controle social da saúde”.

A Lei 8.080/90 afirma, no caput de seu artigo 3º, que “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, renda, educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”. Nessa mesma direção, o parágrafo único do mesmo artigo acrescenta: “Dizem respeito, também à saúde, as ações que por força do disposto no artigo anterior se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social”, lembrando que o ‘artigo anterior’

(o 2º da mesma Lei 8.080/90) especifica que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

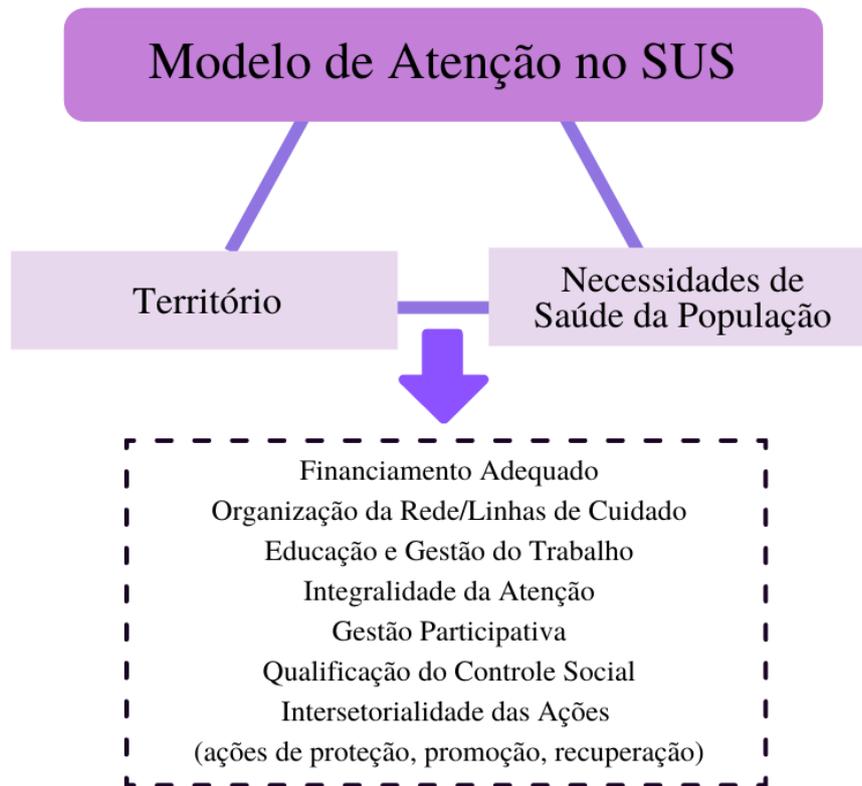
Assim, múltiplos fatores influenciam e interferem na saúde e, por conseguinte, no SUS. E o reconhecimento da determinação social da saúde e das doenças, e de sua relação multifatorial, abre caminhos para se trabalhar com um modelo de saúde em que a qualidade de vida possa ser o principal objetivo das ações de governo. Oliveira (2007) ainda acrescenta, referenciando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011) e Barreto (2004), que:

as ações de atenção integral à saúde adquirem destaque na perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população, entretanto, com a dificuldade histórica de se trabalhar intersetorialmente as políticas públicas nas diversas áreas do conhecimento, e com a indução neoliberal de simplificação do estado, evidencia-se a complexidade que é a construção do Sistema de Saúde sintonizado com a dimensão saúde e qualidade de vida (OLIVEIRA, 2007, pág. 21).

Ainda neste sentido, pensando em um modelo de atenção à saúde que objetiva a qualidade, a efetividade e a eficiência do sistema de saúde, buscando atender as necessidades de saúde individuais e coletivas, além de assegurar o compromisso na melhoria da qualidade de vida da população, alguns elementos são essenciais e igualmente importantes para que se cumpram os propósitos da funcionalidade do SUS, tais como: financiamento adequado, organização da rede e/ou linhas de cuidado, educação e gestão do trabalho, integralidade da atenção, gestão participativa, qualificação do controle social e intersetorialidade das ações na perspectiva da proteção, promoção e recuperação da saúde.

Referenciado nesta concepção e com a pretensão de esquematicamente trazer a complexidade do que representa a constituição e o propósito do Sistema Único de Saúde, na busca de se alcançar efetividade e eficiência, Oliveira (2007) ainda nos apresenta o diagrama abaixo (Figura 1), trazendo as principais variáveis da amplitude do Modelo de Atenção do SUS:

Figura 1. Esquema simplificado da funcionalidade do SUS



Fonte: Oliveira, 2007.

Os conceitos destes elementos apresentados por Oliveira (2007), são descritos em vários campos da literatura com destaque para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Legislação brasileira e documentos técnicos do Ministério da Saúde conforme descritos a seguir:

- **Financiamento adequado:** de acordo com os últimos Relatórios Mundiais da Saúde da OMS ainda persistem desafios de respostas a uma necessidade, expressa tanto por países ricos como pobres, de indicações práticas sobre modos de financiar os cuidados de saúde. Desde 1989, os brasileiros têm direito à atenção à saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário, prestada por um sistema nacional financiado por impostos e contribuições sociais definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, onde municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos, cabendo aos estados 12% (doze por cento) (BRASIL, 2012);
- **Organização da rede:** o Ministério da Saúde estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual a define como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica;

- **Linhas de cuidado:** pode ser entendida como à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Representa uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (MENDES, 2010);
- **Educação e gestão do trabalho:** a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem como foco central a participação do trabalhador como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Ele é percebido como sujeito e agente transformador de seu espaço de trabalho, protagonista de práticas e saberes, durante o processo de trabalho (individual e coletivo);
- **Integralidade da atenção:** enquanto princípio do Sistema Único de Saúde busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural (BRASIL, 1990);
- **Gestão participativa:** é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade (BRASIL, 1990);
- **Qualificação do controle social:** o controle social na saúde é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante a participação da população no processo de formulação e controle das políticas de saúde no Brasil. Materializado nos conselhos de saúde, a qualificação constante dos conselheiros, dinâmica e progressiva são desafios para que o exercício do controle social, se mantenham representativos e capazes de influenciar na formulação e implementação de políticas em todos os níveis (BRASIL, 1990);
- **Intersetorialidade das ações na perspectiva da proteção:** pode ser entendida como a relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde que se articulam para atuarem juntos, visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004);
- **Promoção e recuperação da saúde:** a promoção da saúde compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um (BRASIL, 2011).

Essa concepção da saúde, na sua integralidade, multideterminada social, econômica e politicamente, como qualidade de vida, que vem sendo construída num processo contra-hegemônico, tem alcançado avanços importantes, num contexto adverso onde a saúde é muito mais um favor e mercadoria do que um direito de cidadania.

Nesse sentido, em sintonia com o Manifesto da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) – anunciado por ocasião da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (PELLEGRINI FILHO, 2011) – e dentro de um

quadro de intensa desigualdade regional no Brasil, em março de 2006 (BRASIL, 2006), é criada pelo governo brasileiro na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Brasília, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

A CNDSS teve seu regimento aprovado pela Portaria nº 1.358, de 23 de junho de 2006 (BRASIL, 2006), numa composição ampla, incluindo pesquisadores de diversas áreas de conhecimento, artistas e personalidades da sociedade civil. Ela criada com o objetivo de contribuir para a introdução de mudanças nas políticas e práticas institucionais que permitam transformar os conhecimentos disponíveis em saúde pública (PELLEGRINI FILHO, 2011; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007) que, num país de extensão continental e de intensas desigualdades como o Brasil, se constitui uma necessidade muito mais relevante.

No contexto nacional de um quadro de desigualdades, nos estados e regiões brasileiras, a compreensão do processo de construção do SUS tem papel destacado, o que inclui estabelecer um paralelo entre as condições e desenvolvimento socioeconômico, a discussão/geração/desenvolvimento de novos conhecimentos, bem como a evolução da formação e da distribuição de pessoal de saúde nas diferentes regiões/estados e nacionalmente. Observa-se, portanto, a relevância e a complexidade da determinação social da saúde e o correspondente desafio do processo de construção e fortalecimento do SUS (OLIVEIRA, 2007).

Além do mais, em termos de participação da sociedade, o setor saúde tem sido considerado o setor social mais desafiador, dinâmico e potente. Seja nos processos de ampla mobilização das Conferências de Saúde, seja no cotidiano da organização, mobilização e dinamização dos Conselhos de Saúde, constituindo aqui uma ampla *rede nacional de conselhos de saúde*, crescentemente articulada intrasetorial e intersetorialmente.

Numa abordagem síntese, os muitos desafios do SUS podem ser agrupados em quatro grandes conjuntos: o do financiamento adequado e sustentável; uma gestão eficiente nas três esferas de governo; a formação e distribuição de pessoal de acordo com as necessidades de saúde da população e com as características dos serviços de saúde; uma política adequada e um sistema integrado de comunicação e informação em saúde; e, não menos importante, nem menos complexo, a questão da participação e do controle social.

Ainda nesta contextualização do processo histórico da construção do SUS, é importante compreender que o mundo e o Brasil apresentam um quadro de grandes transformações e atravessam uma verdadeira transição epidemiológica. Segundo a Organização Mundial da Saúde:

os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Ao longo desses 32 anos, o SUS tem adquirido crescente visibilidade e importância (intensificadas pela Pandemia Covid-19) e produziu uma quantidade fantástica de novas ações, milhares de projetos e programas, igualmente inúmeras e consagradas Políticas de Saúde, algumas mais específicas outras mais abrangentes, e constitui um componente importante da economia brasileira com o complexo produtivo da saúde e a oferta de milhões de empregos. Os números da produção do SUS são gigantescos e impressionantes em todos os níveis de complexidades, mas a especificidade da Atenção Básica ou Atenção Primária de Saúde, responsável

pela resolutividade de 70 a 80% dos problemas de saúde da comunidade, e presente em todo o território nacional, torna-se o componente mais robusto do SUS, capilarizado nos 5.570 municípios brasileiros, promovendo vínculos fortes e crescentes com a população e, conseqüentemente, configurando o SUS como a maior política de inclusão social no Brasil.

1.2 Princípios, Diretrizes e Estrutura do Sistema Único de Saúde

1.2.1 Princípios e Diretrizes do SUS

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) foram frutos de um processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária desde o final dos anos setenta (GONZAGA e FERREIRA, 2017) e consagradas pela 8ª. Conferência Nacional de Saúde de 1986, sendo hoje consideradas conquistas sociais definitivas.

Esses princípios foram fixados na Constituição Federal (CF) de 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080/90) e na Lei no 8.142/90. Eles constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro em um formato democrático, humanista e federalista (BARATA, TANAKA e MENDES, 2004).

Assim, nas linhas mestras inscritas no texto da Constituição Federal de 1988, o SUS tem como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade, a integralidade; e como princípios organizativos, a descentralização, organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado e a participação da população.

Tabela 1. Princípios do SUS doutrinários e organizativos

PRINCÍPIOS DO SUS	
Doutrinários	Organizativos (diretrizes)
-Universalidade -Equidade -Integralidade	-Descentralização -Regionalização e Hierarquização -Participação Popular

Fonte: BRASIL, 1988.

1.2.2 Doutrinários

1.2.2.1 Princípio da Universalidade

O artigo 196 da Constituição Federal preceitua que:

“a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 63).

Desta forma, a saúde é um direito e não um serviço, ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros tem direito à atenção integral à saúde (MATTA e LIMA, 2008), englobando como “fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990).

Ademais, a universalidade do SUS apresenta-se não apenas como o direito à saúde garantido mediante políticas públicas. Ela também aponta para a questão do direito à vida e a igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro (MATTA, 2007). Por fim, para além de garantir acesso, o princípio da universalidade deve assegurar um atendimento qualificado e resolutivo a todos os cidadãos brasileiros.

1.2.2.2 Princípio da Equidade

O princípio da equidade é resultado de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades econômicas e sociais. As iniquidades contribuem para desigualdades no acesso, na gestão e na produção dos serviços de saúde. Assim, este princípio tem a igualdade como principal forma de expressão (MATTA, 2007).

É possível distinguir a equidade em duas formas, a que chamam de vertical e horizontal, baseadas na ideia aristotélica de justiça (VIEIRA DA SILVA e ALMEIDA-FILHO, 2009; TRAVASSOS e CASTRO, 2012). A vertical é compreendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que se encontram em situações distintas; a horizontal corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre aqueles que estão em igualdade de condições. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (TRAVASSOS e CASTRO, 2012).

1.2.2.3 Princípio da Integralidade

A Reforma Sanitária Brasileira aponta a integralidade em pelo menos quatro eixos:

I) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; II) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; III) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde e IV) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM e SILVA, 2010).

Nesse contexto, a integralidade da atenção à saúde, pode ser vista como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho (MATTOS, 2001). É também englobada nas diversas dimensões do cuidado (acesso, relações interpessoais, qualidade) e até mesmo das pessoas, como autonomia.

Além disso, é importante ressaltar que os sistemas de serviços de saúde, organizados na perspectiva da integralidade da atenção, adotam as seguintes premissas: I) prioridade das ações de promoção e prevenção; II) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; III) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; IV) a abordagem integral do indivíduo e famílias (GIOVANELLA *et al.*, 2002). Assim, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas para o ser humano integral submetido às mais diferentes situações e/ou condições de vida.

1.2.3 Organizativos (Princípios/diretrizes)

1.2.3.1 Descentralização

A ênfase do texto constitucional, na Lei no 8.080 sobre a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, 1990) foi dada para as ações de descentralização federativa em relação à organização de arranjos coletivos de prestação de serviços. As ações de descentralização incentivaram o ente municipal a desenvolver articulações próprias para a organização dos serviços de saúde de seu território (CARVALHO *et al.*, 2019).

1.2.3.2 Regionalização e hierarquização

A Constituição Federal do Brasil preceitua que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizadas à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas no território brasileiro, tanto em ações preventivas quanto assistenciais. Esse sistema deve ser gerido de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo, constituindo um sistema pautado pela participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento e implementação (BRASIL, 1988).

Assim, em 1990 foi editada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) que reconhece como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, constituída em níveis de complexidade crescente e que pode ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios (BRASIL, 1990).

Entende-se que a regionalização se traduz pela necessidade de organizar redes de atenção à saúde em diferentes territórios, otimizar e incorporar tecnologias, e qualificar a alocação de recursos humanos e materiais (VIANA e LIMA, 2011; LIMA, 2015).

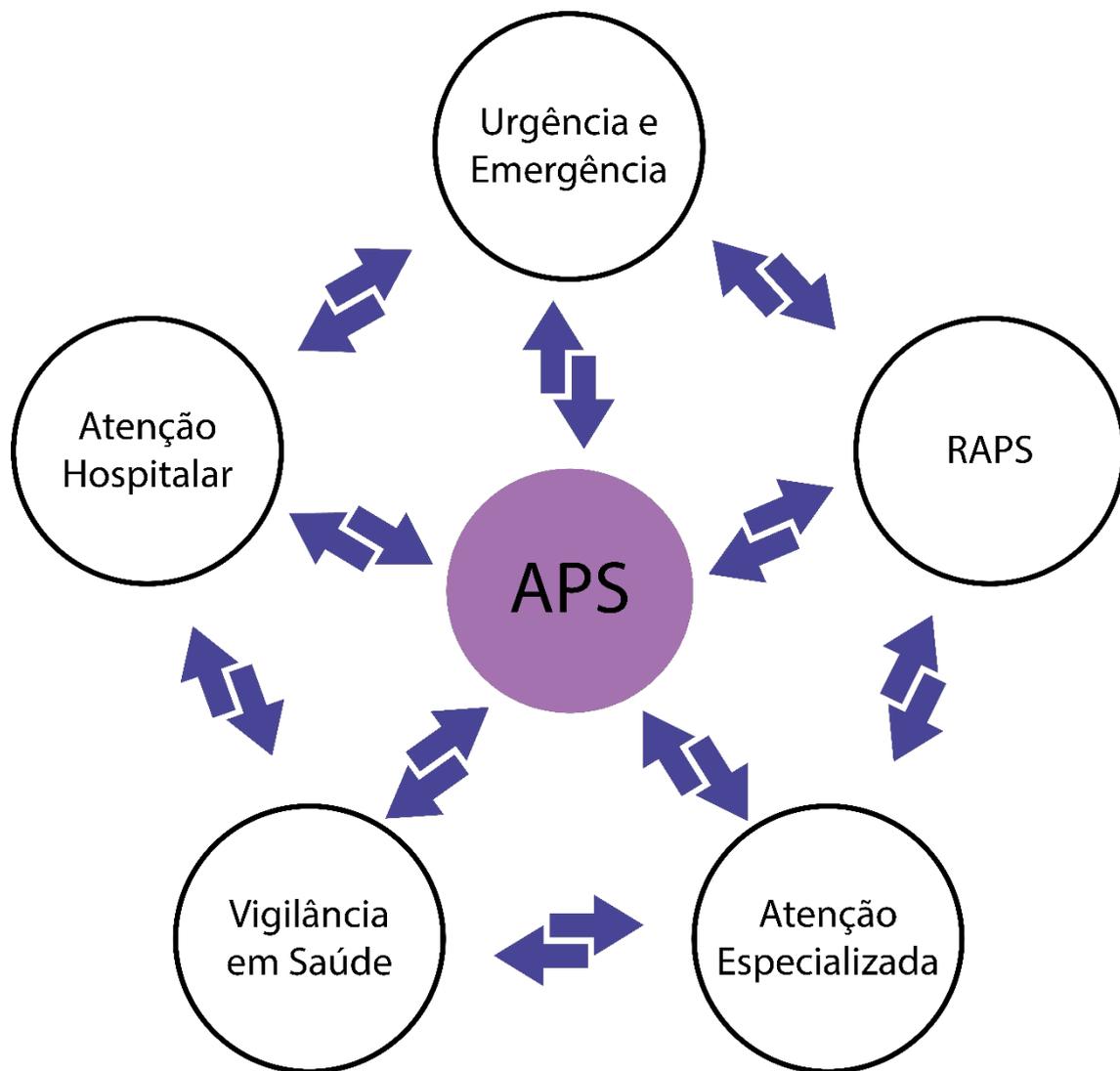
Tendo em vista a necessidade de se avançar com a consolidação do acesso da população às ações e serviços de saúde de maior complexidade, torna-se de grande importância a agenda da regionalização dos serviços.

Assim, em 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), e posteriormente em 2011, com o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), retomou-se a regionalização do ponto de vista dos acordos políticos entre os gestores na organização do sistema. O pacto e o decreto acima citados proporcionaram uma intensificação dessa pauta na agenda da gestão, ampliando o papel das Comissões Intergestores (BRASIL, 2010) em nível regional e fortalecendo a lógica do Planejamento Integrado. Tudo isso convergiu na criação do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), tendo a Região de Saúde como espaço efetivo de sua operacionalização (BRASIL, 2010; 2016).

Em 2011, o Decreto nº 7.508/ 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 1990, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse documento aborda ainda, um conjunto de conceitos que auxiliam na implantação de desenhos assistenciais, tais como: Região de Saúde e Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 1988; 2011).

A **Região de Saúde** um espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Sua criação tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, servindo de referência para os processos organizativos do SUS, a conformação de suas ações e serviços, e para sua programação financeira, com a definição de limites, responsabilidades e critérios de acessibilidade. Deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (Figura 2) (BRASIL, 2011). A **Rede de Atenção à Saúde** será discutida posteriormente neste capítulo.

Figura 2. Ações e Serviços presentes em uma Região de Saúde e suas interconexões



Fonte: Mendes, 2010 (adaptado).

O *Mapa da Saúde* representa outro conceito que complementa as informações descritas no Decreto nº 7.508/2011 pois representa uma ferramenta eletrônica que o Ministério da Saúde disponibiliza para os gestores do SUS utilizarem na identificação das necessidades de saúde e orientar o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde. Deve ser utilizada para apontar, geograficamente, a distribuição de recursos humanos e das ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada. Para sua elaboração deve-se considerar as identidades culturais e socioeconômicas, as necessidades de saúde, a capacidade instalada existente, a economia de escala, investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (segundo as metas de saúde estabelecidas), contribuindo para orientar o planejamento integrado dos entes federativos.

Adicionalmente, a região de saúde é essencial para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade; e, por isso, deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, devendo, ainda, para ser qualitativa, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o

locus da integralidade. Deve ainda, ser capaz de resolver, na totalidade ou quase totalidade as necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Deste modo, além do formato territorial que determina a região de saúde, outros elementos são essenciais, dentre eles a atenção primária em saúde que é a ordenadora de todo o encadearamento sanitário-sistêmico, o elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica e as redes de atenção à saúde.

O Decreto nº 7.508 aponta ainda, que o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante organização de forma regionalizada e hierarquizada. Ele também aponta que as regiões de saúde devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

1.2.3.3 Participação Popular

O Controle Social é a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações do Poder Público. É um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania para a consolidação das políticas públicas que envolvam o SUS. A Lei Orgânica da Saúde Nº 8142/90, arcabouço normativo que sustenta o SUS, criou uma nova institucionalidade marcada pela valorização da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde por meio dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

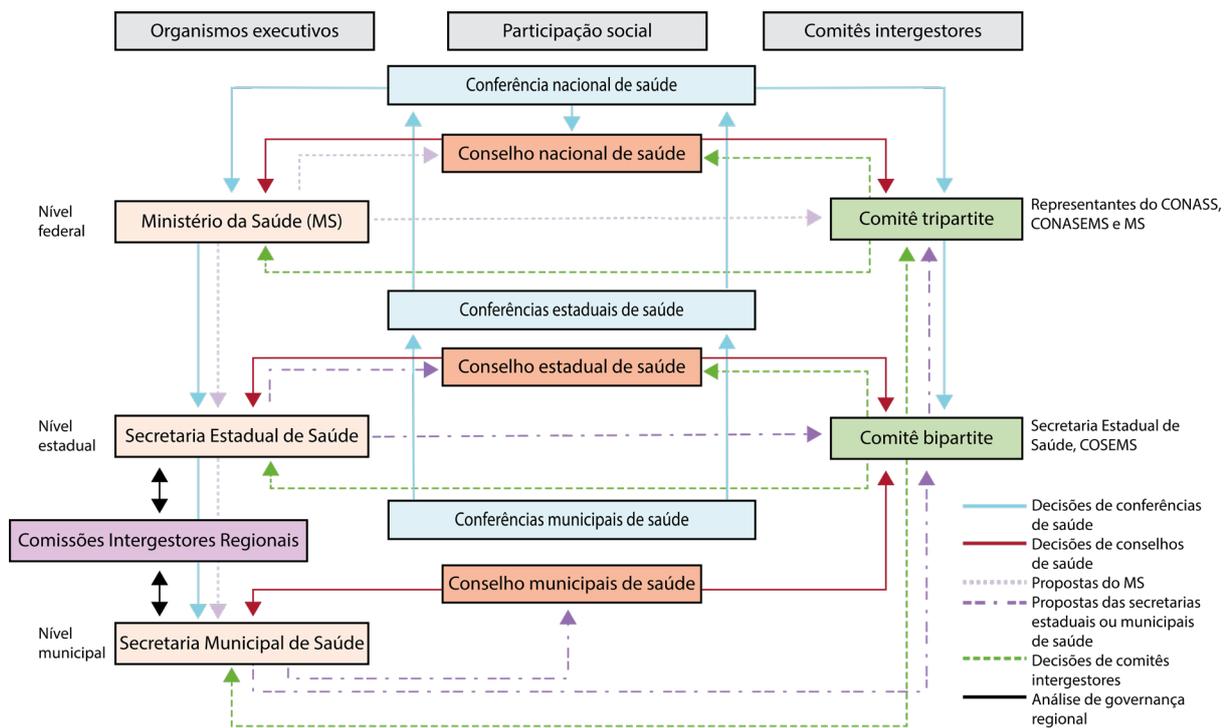
1.2.4 Estrutura e organização do SUS

1.2.4.1 Estrutura Institucional e Decisória do SUS

O modelo institucional proposto para o SUS foi pensado na tentativa de concretizar um arranjo federativo na área da saúde, como também para fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo, de forma coerente com os princípios e diretrizes do SUS (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2011).

Segundo Machado, Lima e Baptista (2011), esse modelo presume uma articulação entre a atuação de: a) gestores do sistema em cada esfera de governo; b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional), as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado) e, mais recentemente, os Colegiados de Gestão Regional Intraestaduais (número variável em função do desenho regional adotado em cada estado); c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e no âmbito estadual (Cosems); d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal institucional e decisório vigente no SUS (Figura 3).

Figura 3. Estrutura Institucional e Decisória do SUS



Fonte: Paim *et al.*, 2011, adaptado.

Destacamos nesta arena, os Conselhos de Saúde criados a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142/1990, de 28/12/1990) onde determinam que a União (governo federal), os estados e os municípios deveriam criar os conselhos de saúde.

A Lei 8.142/1990 estabelece que:

[...] o conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Apesar dos Conselhos de Saúde integrarem a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem identificado de atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. A pouca clareza sobre os limites entre as competências dos Conselhos de Saúde e dos órgãos típicos de Gestão, é consequência da baixa experiência acumulada, e de alguns equívocos e conflitos que afloraram no início, encontrando-se agora em fase de superação.

Para fortalecer o controle social no SUS, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 333/2003, aprovou normas para os conselhos de saúde serem criados, estruturados e funcionarem. Dentre as competências dos conselhos de saúde descritos na Resolução, evidenciamos algumas relacionadas as três esferas de controle:

- Conselho Nacional de Saúde (CNS) - responsável por realizar conferências e fóruns de participação social, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar a sua execução, avaliando a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde. Tudo isso para garantir que o direito à saúde integral, gratuita e de qualidade, conforme estabelece a Constituição de 1988, seja efetivado a toda a população no Brasil.
- Conselho Estadual de Saúde (CES) - formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Possui papel estratégico nas articulações intermunicipais com a Secretaria Estadual de Saúde, visando implementar estratégias regionais e pactuar os fluxos de demanda da população e oferta de serviços em saúde.
- Conselho Municipal de Saúde (CMS) – controlar o dinheiro da saúde, monitorar a execução das ações na área da saúde, participar da formulação das metas para a área da saúde, reunir-se ao menos uma vez por mês, acompanhar as verbas que são encaminhadas pelo SUS e também os repasses de programas federais.

Ressalta-se ainda, que o arranjo institucional do SUS presume uma série de instâncias de negociação e estabelecimento de pactos, envolvendo diferentes níveis gestores do sistema e diversos segmentos da sociedade.

1.2.4.2 Os comitês intergestores e a comissão intergestores regional na saúde

Diante da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas as comissões intergestores. Essas instâncias tem por objetivo possibilitar o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2011).

Desse modo, o SUS conta com instâncias de deliberação colegiadas, que formam espaços de decisão consensual dos entes federativos em relação a temas como organização de serviços em rede e definição das políticas e programas de saúde e das referências. Essas instâncias são: Comitê Intergestores Tripartite (CIT), Comitê Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2011).

1.2.4.3 Comitê Intergestores Tripartite (CIT)

Desde 1991, o Comitê Intergestores Tripartite (CIT), encontra-se em funcionamento no âmbito nacional. No decorrer da década de 90, o CIT se consolidou como canal fundamental de debate sobre temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação dessa política por meio dos seus conselhos de representação nacional e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2011).

Assim, o CIT é constituído paritariamente por :

- Representantes do Ministério da Saúde (MS);

- Representação Estadual: indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- Representação Municipal: indicados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O CIT destaca-se especialmente nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2011).

É importante ressaltar que sua dinâmica tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns aos três níveis de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de pactos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde (LUCCHESI *et al.*, 2013).

1.2.4.4 Comitê Intergestores Bipartite (CIB)

O CIB é um espaço estadual de articulação e pactuação política que objetiva orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. É constituído por duas esferas:

- Representação Estadual: indicados pela Secretaria Estadual de Assistência Social (Congênere)
- Representação Municipal: indicados pelo Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (Coegemas).

Os Comitês Intergestores Bipartites (CIBs) foram instituídos gradativamente nos estados brasileiros, entre os anos de 1993/94, conforme deliberação da Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 (NOB SUS 01/93), que os estabelecem como “instâncias privilegiadas de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”. Aos CIBs foi atribuído o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações estado/municípios e município/município na implementação do SUS.

1.2.4.5 Comissão Intergestores Regional (CIR)

As CIRs são instâncias colegiadas compostas por representantes do Estado e secretários municipais de saúde (ASSIS e JESUS, 2012).

A proposta da CIR é viabilizar, por meio de um planejamento regional integrado, a garantia da integralidade de ações e serviços, aperfeiçoamento da universalidade e perpetuação da equidade em uma região de saúde.

As suas principais funções são: 1) atualizar e monitorar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência; 2) Definir o processo regulatório por meio de fluxos e protocolos; 3) estimular estratégias de qualificação do controle social; 4) apoio ao planejamento local; 5) avaliação, monitoramento e planejamento dinâmico regional (DUBEUX e CARVALHO, 2009).

Por isso, as CIRs como ponto de governança regional, configuram um espaço de pactuação, cooperação e fortalecimento da região de saúde, possibilitando cada vez mais um território coeso e com cooperação entre os seus municípios (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

1.2.5 Organização do SUS

De acordo com o Art. 198 da Constituição Federal/88, o sistema único de saúde é constituído pela integração das ações e dos serviços públicos de saúde em rede regionalizada e hierarquizada, sendo competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde (BRASIL, 1988).

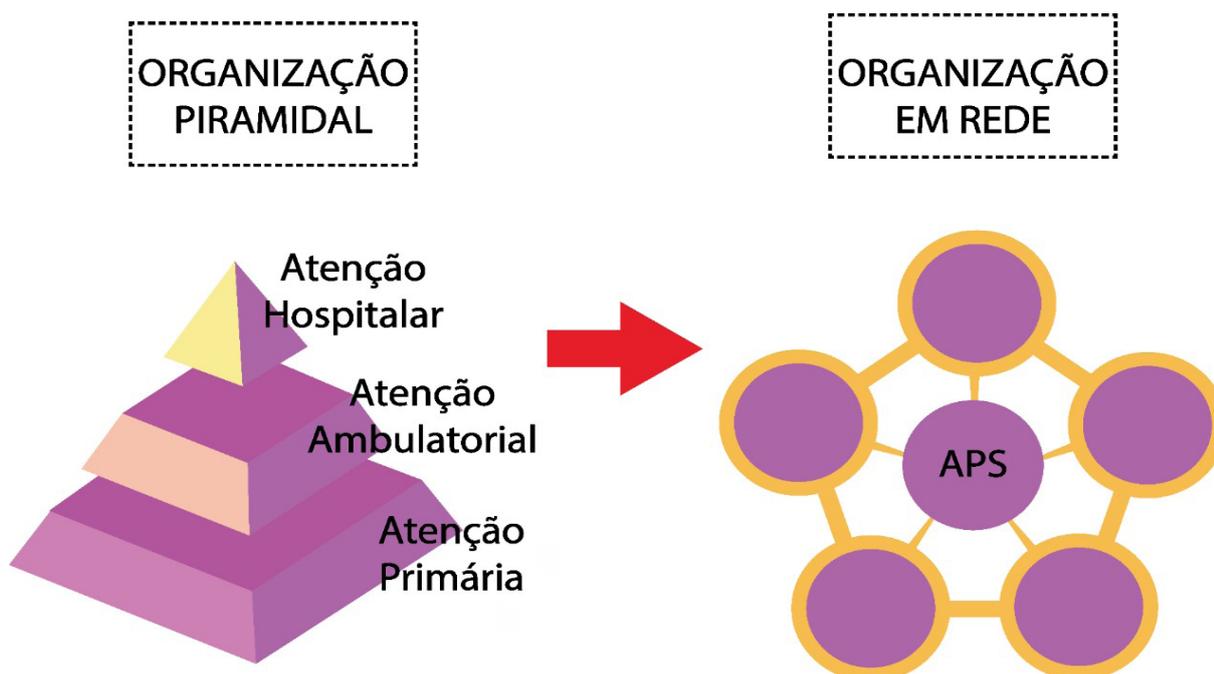
Cabe ressaltar, que a forma organizativa e o modelo de atenção estão definidas constitucionalmente ainda, nos arts. 8º e 7º,II, da Lei 8.080/90 que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde. Desse modo, a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde (SANTOS, 2017).

Assim, a organização do SUS está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços) (SANTOS, 2017).

Nesse sentido, o modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Ou seja, ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme preceitua, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90 (SANTOS, 2017).

No entanto, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde (Figura 4). Assim, nas redes de atenção à saúde, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Figura 4. A mudança dos sistemas hierárquicos e piramidais para os poliárquicos das RAS



Fonte: MENDES, 2011(adaptado).

Deste modo, a rede de atenção à saúde é a forma de organização articulada e contínua das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a consentir a interconexão e a articulação de todos os saberes, conhecimentos, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma harmônica, racional, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária (SANTOS e ANDRADE, 2011).

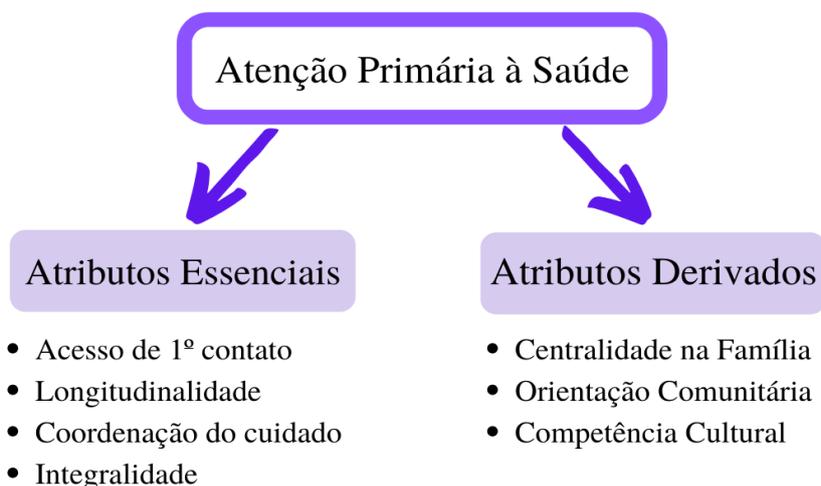
1.3 Atenção Primária à Saúde

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata foi considerada a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da Atenção Primária à Saúde (APS). Nas proposições dessa declaração, a APS foi estabelecida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação. Ainda nesse documento, entendeu-se também que, como parte de um processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, a função da APS deveria envolver a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde (GIOVANELLA, 2008).

A partir dessas premissas, a APS passou a ser organizada com base em alguns atributos essenciais, quais sejam: o acesso de primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade; a coordenação do cuidado; a centralidade na família; a orientação comunitária; e a competência cultural (Figura 4). Além de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde, a organização da APS com a inclusão desses atributos trouxe uma melhora considerável nos indicadores

de saúde, promovendo, ao mesmo tempo, um tratamento mais efetivo de condições crônicas e uma maior eficiência do cuidado e fluxo dos usuários dentro do sistema com a utilização de práticas preventivas e maior satisfação dos usuários (OPAS, 2011).

Figura 4. Atributos Essenciais e Derivados da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Starfield, 1992 (Adaptado).

Desta forma, a APS constitui-se no primeiro nível de uma rede de atenção à saúde no SUS, estando diretamente associada a uma distribuição mais equitativa da saúde entre populações (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005), sendo responsável por ordenar o cuidado, os fluxos e os contrafluxos das pessoas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve avanços consistentes no aumento da cobertura de serviços de APS. No período de 1998 a 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% dos municípios brasileiros, e o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir cerca de 130 milhões de pessoas (62,5% da população brasileira) (BRASIL, 2015). Estudos apontam que o crescimento da cobertura da ESF nos municípios está associado ao aumento do acesso a serviços de saúde, à redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária e à melhoria nos resultados. Tais melhorias acarretaram, por exemplo, a queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país e beneficiaram populações mais vulneráveis, com redução de iniquidades (HONE, et al., 2017a; 2017b).

Implementada no Brasil pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) a atenção primária à saúde é essencial para o progresso da cobertura universal do desenvolvimento sustentável dos sistemas de saúde (THE WORLD HEALTH REPORT, 2008; PETTIGREW *et al.*, 2015). Essa política estabelece a *Estratégia Saúde da Família* (ESF) como principal modelo de atenção à saúde da população e orienta o processo de trabalho a partir de uma base territorial com população definida. Os serviços são prestados por equipes de saúde da família compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a doze agentes comunitários de saúde em tempo integral. Cada equipe é responsável por até 4000 pessoas, sendo recomendado a média de 3000 pessoas por equipe. A ESF vem substituindo progressivamente

as tradicionais unidades de atenção básica, que são baseadas no atendimento médico-centrado, por clínicos gerais ou especialistas (BRASIL, 2017).

Considerada o coração do SUS, a ESF deve ser organizada para consolidar uma APS forte; ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde. Desta forma, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS, funciona como eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da RAS (MENDES, 2010).

Nesse aspecto, para que a APS possa ordenar a RAS, é necessário reconhecerem-se as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Assim pode-se organizar a atenção primária em relação aos outros pontos de atenção à saúde, colaborando-se para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas com o fortalecimento do planejamento ascendente (MENDES, 2010; BRASIL, 2017; 2011).

Por fim, com a promulgação do Decreto nº 7.508/11, que regulamentou a Lei 8080, a organização SUS deve ser orientada para superar as fragmentações existentes nos serviços de saúde por meio de sistemas integrados de serviços (LAMOTHE e SYLVAIN, 2015). No SUS, a implementação das RAS tem sido proposta em torno de prioridades estabelecidas de acordo com diretrizes clínicas ou organizativas, como materno-infantil, atenção psicossocial, doenças crônicas, urgência e emergência e cuidados à pessoa com deficiência, nominadas redes temáticas. O grande desafio das RAS está na dificuldade de articulação entre a APS e os serviços ambulatoriais especializados, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (MENDES, 2010; BRASIL, 2011).

1.4 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um componente organizacional de ações e serviços operante dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), criada com o intuito de garantir o princípio da integralidade do cuidado e do sistema de saúde pública, a partir de uma reestruturação do modelo de comunicação entre os níveis de cuidado: primário, secundário e terciário (MENDES, 2009; BRASIL, 2011).

Apesar da popularização do conceito da RAS ter ocorrido a partir das suas diretrizes de implantação via Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, já desde a Lei 8.080 era previsto a articulação do SUS de forma integrada e por meio de redes loco-regionais, todavia esse ideal tomou a forma atual pelo decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011; LAMOTHE e SYLVAIN, 2015). A proposta de redes tem origem nas experiências de sistemas de saúde implantados em outros países nos anos 90, havendo fortes evidências de bons resultados sanitários e econômicos onde elas foram e são instaladas (MENDES, 2010). Desde então, a RAS tem sido considerada a melhor estratégia para combater a fragmentação da atenção, melhorar os resultados sanitários, elevar a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produzir serviços mais custo/efetivos bem como ampliar a satisfação dos usuários do SUS (MENDES, 2009; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

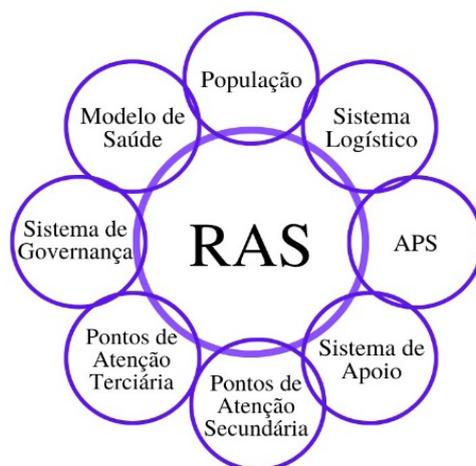
A organização das RAS para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, ao se estruturar deve ter por base alguns principais fundamentos: economia de escala, disponibilidade

de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (OPAS, 2011).

Nesse sentido, Arruda *et al.* (2015), ratifica que as principais propostas das RAS são traduzidas pela: Horizontalidade das relações entre os pontos de atenção; Atenção primária à saúde como ponto norteador da rede; Centralidade nas necessidades em saúde de uma população; Atenção contínua e integral; Serviços multidisciplinares; Compartilhamento de objetivos e compromissos com as metas sanitárias e econômicas.

Além disso, para Bandeira *et al.* (2019) não há como instituir um modelo organizacional padrão para a RAS, visto a necessidade de realizar um diagnóstico particular de cada região com o intuito de promover uma articulação dos seus atributos essenciais e indissociáveis de funcionamento, sendo eles: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (DAMACENO *et al.*, 2020). Ainda assim, para exemplificar a RAS e seus elementos constitutivos sob a ótica do funcionamento, a Figura 6 mostra suas possíveis relações.

Figura 6. Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)/2012.

A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2011), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as Redes temáticas. Assim, as temáticas prioritárias que compõem as Redes de Atenção à Saúde são: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial.

Figura 7. Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Ministério da Saúde, 2014 (adaptado).

A implantação dessas redes se deve, em parte, a transição epidemiológica em que diversos países, assim como o Brasil tem enfrentado. Observa-se dentro desse contexto uma modificação do perfil de doenças que acometem a população, ocorrendo a manutenção de doenças infecciosas assim como o crescimento da violência urbana e de acidentes automobilísticos, e principalmente o aumento na prevalência de doenças crônicas, as quais demandam mais esforços do sistema público de saúde em razão do tempo e continuidade dos tratamentos (OPAS, 2011; BORGES, *et al.*, 2016).

Por esta razão, as RAS representam um caminho interessante para o manejo desse novo padrão, pois desconstrói diversos paradigmas em relação à saúde. O primeiro paradigma alterado através da adoção da RAS foi a proposta de substituição do modelo curativista /biomédico por um modelo assistencial voltado para a prevenção e promoção a saúde em todos níveis de atenção, dado que o modelo vigente no passado – e ainda atuante em menor escala nos dias atuais - era limitado por fatores como: uma visão não individualizada de cada paciente, ações majoritárias para o tratamento e medicalização, ênfase hospitalocêntrica e com intenso uso de aparatos tecnológicos e laboratoriais (SILVA JÚNIOR, 1998; MENDES, 2012). Dessa maneira, a RAS trouxe como proposta um novo olhar sobre o processo saúde-doença, considerando o indivíduo como um todo e inserido dentro de uma comunidade, priorizando a educação em saúde com intuito de reduzir cada vez mais a possibilidade da ocorrência de morbidades.

Em segundo plano tem-se a desierarquização dos serviços, caracterizado pela modificação do sistema antes ordenado de modo vertical/piramidal. Essa dada configuração limitava a lon-

gitudinalidade do cuidado, favorecia a fragmentação e acarretava em sobrecarga dos serviços e dos gastos (SILVA, 2011). Por esta razão a estruturação da RAS trouxe um arquétipo poliárquico onde a Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se como porta de entrada, ordenadora do sistema, coordenadora do cuidado, sendo resolutive em 85% das demandas (OPAS, 2011). Ademais, essas e outras reformulações só foram - e ainda continuam sendo possíveis - graças aos sistemas de apoio técnico, logístico, de gestão e de referência e contrarreferência (DAMACENO *et al.*, 2020).

Embora a Rede de Atenção à Saúde tenha sido implementada há alguns anos como uma estratégia de reestruturação do SUS, ainda assim ocorrem desafios para o seu pleno funcionamento e cumprimento dos seus princípios norteadores em todos os Estados da federação.

Considerando que não há como prescrever um modelo organizacional único, a operacionalização e a consolidação do sistema por vezes é freada, principalmente, pela dificuldade de unir todos os pontos de saúde à atenção primária, assim como pelo perfil de formação dos profissionais (FEUERWERKER, 2005).

Tendo em vista essas e outras adversidades, para Acioli e Amarante (2013) é necessário que durante esse processo de construção do cuidado exista uma constante revisão e atualização. Questionamentos como: “A APS têm cumprido de fato seu papel como ordenadora do sistema?” e “A integralidade do cuidado tem realmente ocorrido em seus diferentes níveis de atenção?” são válidos e apresentam uma boa oportunidade para avaliar o andamento e efetividade da RAS nas regiões de saúde.

Romper com a antiga estrutura de organização em saúde não é algo nada simplista, entretanto, é de extrema importância para que o SUS possa aproximar a sua prática diária da RAS à teoria. Outrossim, a superação desses desafios é uma responsabilidade que deve ser assumida pelas três esferas gestoras diariamente (Municipal, Estadual e Nacional) (DUBOW e COGO, 2013).

Deste modo, é interessante refletir sobre a importância da RAS e, além disso, compreender que na base de tudo isso deve estar o interesse coletivo em ter a saúde percebido como um sistema e um bem público, pois somente a visão e o interesse mercadológicos da saúde são insuficientes, e impotentes, para efetivamente se construir a integralidade da saúde, de modo que ela possa promover qualidade de vida e cumprir sua condição de fator fundamental de desenvolvimento.

E quando se fala de Redes de Atenção à Saúde, indubitavelmente há um consenso mundial sobre a importância de sua organização de forma integrada e articulada, em substituição dos serviços hospitalares isolados e fragmentados. Essa constatação se aplica especialmente ao campo da saúde mental, uma luta secular no Brasil que, crescentemente, foi sendo vitoriosa no contexto da construção e aprimoramento do SUS.

1.5 Sistema Único de Saúde e Rede de Atenção Psicossocial

Os transtornos psíquicos representam atualmente um grande desafio para a saúde mundial. No Brasil, as desordens envolvendo a depressão e a ansiedade respondem, respectivamente, pela quinta e sexta causas de anos de vida vividos com incapacidade (GBD, 2018). Dar importância ao sofrimento mental e possibilitar maneiras de acompanhamento e cuidado são ações desenvolvidas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Assim, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma das ações prioritárias da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A RAPS foi implantada com o objetivo de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Dentre as principais diretrizes da RAPS estão: promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; diversificação das estratégias de cuidado; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território de saúde, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; promoção de estratégias de educação permanente; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Assim, a RAPS foi instituída dentro dos princípios éticos, respeito aos direitos de cidadania, assegurando uma rede de cuidados, que objetiva garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, ampliação das modalidades de ações e serviços, atendimento integral e humanizado (MÂNGIA, MURAMOTO, 2008; NÓBREGA, SILVA e SENA, 2016).

Essa rede como componente da RAS, conta com diversos níveis de densidade tecnológica em prol do cuidado mental integral, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Equipes de Consultórios na Rua; Centros de Convivência e Cultura; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de caráter transitório; Atenção hospitalar; Serviços Residenciais Terapêuticos; Programas de Volta para Casa e Reabilitação Psicossocial.

Devido à grande relevância dessa rede para a temática proposta pelo livro, ela será abordada pormenorizadamente no próximo capítulo.

1.6 Considerações finais

Posto isto, embora a OMS, há bastante tempo, considera o bem-estar mental como um componente fundamental da sua definição de saúde e tenha feito a proposição de um Plano Global de Saúde Mental de ação abrangente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), por reconhecer o papel essencial da saúde mental em alcançar a saúde para todas as pessoas, no caso brasileiro, somente com o advento do SUS, foi possível avançar no cuidado dessa temática. Foi a abrangência da saúde, propugnada pelo SUS que possibilitou entender que a constituição e fortalecimento de uma Rede de Saúde Mental, mais conhecida atualmente por Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), era estratégica para se alcançar a integralidade da saúde, o que representou uma conquista importante e determinante de maior eficácia e eficiência do Sistema.

Então, considerar o desafio da construção e efetivação das Redes de Atenção à Saúde, principalmente diante das ameaças que atualmente vem sofrendo o SUS – não somente no campo da saúde mental, mas em suas diferentes dimensões, como, fundamentalmente, a questão do financiamento, torna-se fundamental e muito oportuno refletir e discutir novos arranjos e novas articulações na defesa da Política de Saúde Mental e na defesa do próprio SUS que, ainda tem muito por construir e consolidar.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 4, p. 964–975, 2013.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, jan-mar, 2015.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BANDEIRA, F. J. S. *et al.* Rede de Atenção: Fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção básica. **Enferm Foco**, v.10, n. 2, p. 24-29, 2019.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.
- BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9 n. 2. Rio de Janeiro, Abr./Jun., 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232004000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 02 nov. 2020.

BORGES, P. K. O. *et al.*; Internações sensíveis à atenção primária e o cuidado na rede assistencial em saúde. **Rev RENE**, v. 17, n. 5, p. 668-75, 2016.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 12 out. 2020.

_____. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 12 out. 2020.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 12 out. 2020.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 12 out. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2016.

_____. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta artigos 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2011.

_____. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 jun, 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055 (a).

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual de planejamento no SUS**. Série Articulação Interfederativa, v. 4. Brasília: MS, 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Números da Saúde da Família**. Brasília: MS, 2015. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=t5qKPbgul5rxakYrcjiRrEQO>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. 1978. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.358, de 23 de junho de 2006. Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1358_23_06_2006.html>. Acesso em 02 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasília; **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 23 nov. 2020.

_____. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 30 dez. 2010.

_____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 de. 2010.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dez. 2011d. Seção 1, p. 50-60. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 02 nov. 2020

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2020.

CARNEIRO, M. das G. D. *et al.* Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do Ceará. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 2, 2014.

CARVALHO, B. G. *et al.* **Programa de qualificação e apoio às equipes municipais de gestão e planejamento**. Oficina 1. Ser gestor e regionalização, 2019.

DAMACENO, N. A. *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 14, p. 1-14, 2020.

DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. de. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 467-476, 2009.

DUBOW, C.; COGO, S. B. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 908–921, 2013.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez, 2005.

GBD 2016 - Brazil Collaborators. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**; v. 392, p. 760-75, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 nov. 2020.

_____. *et al.* Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & Pública - RIDAP**, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em 01 nov. 2020.

HONE, T. *et al.* Association between expansion of primary health care and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS medicine**, v. 14, n. 5, 2017 (b).

_____. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. **Health Affairs**, v. 36, n. 1, p. 149-158, 2017 (a).

LAMOTHE, L.; SYLVAIN, C.; S. I. T. V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. **Sante Publique**, v. 7, Suppl. 1, p.129-35, 2015.

LIMA, L. D. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos.** Textos para discussão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

LUCCHESI, P. T. R. *et al.* **A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde: o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite: Projeto Descentralização On-Line 2000-2002.** Rio de Janeiro: Escola de Governo, Ensp, 2003.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. **Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS.** Qualificação dos Gestores do SUS, v. 2, p. 47-72, 2011.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg Saúde Debate**, v. 52, p. 15-37, 2014.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projectos terapêuticos cuidadores. **Revista Terapia Ocupacional**, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** EPSJV, 2007.

_____. LIMA, J. C. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001, p. 39-64.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965> Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família.** Brasília: OPAS; 2012.

_____. **Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso.** Lima: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

NÓBREGA, M.; SILVA, G.; SENA, A. **Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental.** CIAIQ2016, 2.2016.

OLIVEIRA, N. A. de. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros.** 2007. 201 f. Tese (Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43258>>. Acesso em: 12 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal.** Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611600548>> Acesso em 21 mar. 2021.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PELLEGRINI FILHO, A. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2080-2082, Nov. 2011. Disponível em: <https://www.Scielo.Br/SciELO.Php?Pid=S0102-311X2011001100001&Script=Sci_Arttext> Acesso em 02 nov. 2020.

PETTIGREW, L. M. *et al.* Primary health care and the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 386, n. 10009, p. 2119-2121, 2015.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1281-1289, 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. D. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1671-1680, 2011.

_____. CAMPOS, G. W. D. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate do campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Cienc. saude colet**, v. 16, n. 6, p. 2753-62, 2011.

SILVEIRA FILHO, R. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

THE WORLD HEALTH REPORT. **Primary health care: now more than ever**. Geneva: World Health Organization, 2008.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIEIRA DA SILVA, L. M., ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 5217-26, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf>. Acesso em 01 nov. 2020.

Capítulo 2 - Acompanhamento e encaminhamento

Leandro Guimaraes Garcia

Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos

Domingos de Oliveira

Viviane Souza Paiva

Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

2.1 A organização do sistema de saúde e a rede de atenção à saúde

Ao longo da história, o Brasil teve vários sistemas de saúde, assim como as chamadas caixas de pecúlio, representando cada uma das categorias profissionais, culminando com a unificação destes sistemas na década de 70 do século passado com a criação do chamado SUDS (Sistema Único de Saúde Descentralizado), sendo que este perdurou até 1988, quando é aprovada a nova Constituição Federal do Brasil e conseqüentemente o Sistema Único de Saúde – SUS (AMARANTE, 2007).

Conforme a Constituição Federal aprovada e promulgada em 1988, em seu artigo 196 diz que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas públicas”. Assim foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, pois até então só tinha direito a assistência à saúde quem tivesse registro na carteira de trabalho, e de forma ativa, bem como seus dependentes até 18 anos para os homens e 21 para as mulheres. Ou seja, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, sendo que aproximadamente 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida. Contudo, a constituição federal necessitava da regulamentação desta assistência, sendo então criada e aprovada a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nesse contexto, entende-se que saúde não se limita apenas a ausência de doença, considerando, sobretudo, como qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e promovam desenvolvimentos econômico e social. Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação das pessoas doentes, sendo que a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios (BRASIL, 2010).

O decreto N°.7508 (BRASIL, 2011) no item VI dispõe sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a define como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Desse modo, a RAS é ampla e abrange tanto ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Ainda nesse sentido, podemos dizer que as principais características das RAS são: a formação de relações horizontalizadas, partindo da Atenção básica como centro de comunicação; o foco nas necessidades de saúde da população; a responsabilização pela atenção contínua e integral; o cuidado e atuação multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

A Rede de Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família, tem papel importante na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde dos municípios. Segundo o Ministério da Saúde, as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica pela população, sendo as queixas mais comuns a depressão, a ansiedade, fobias, o alcoolismo, etc. De acordo com a Portaria de Consolidação N°. 02 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), a Atenção Básica é concebida como a porta de entrada do SUS, tendo na ESF o seu principal eixo de orientação no modelo assistencial, sendo que os serviços são componentes inerentes aos cuidados globais em saúde (tema transversal), dentro de princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental nas ESF's (Atenção Básica) como:

- Garantia dos princípios do SUS;
- Territorialização e responsabilidade pela demanda;
- Garantia do cuidado, da escuta e do vínculo, que potencializem as singularidades, as biografias, as raízes culturais e as redes de pertencimento;
- Superação das formas de medicalização e medicamentação (psiquiatrização e psicologização) dos processos de vida através da promoção da saúde;
- Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações da equipe;
- Desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, utilizando os recursos comunitários;
- Garantia de ações efetivas que viabilizem o acesso dos sujeitos à RAS.

2.2 Atuação profissional na atenção básica em saúde

Algumas das ações diárias dos profissionais já são terapêuticas, tais como o acolhimento, escuta ativa, criação de vínculo, boa comunicação com explicações claras e simples, suporte emocional e outras ações que promovem o enfrentamento da situação-problema e o cuidado. No entanto, muitos profissionais se sentem inseguros em dar esse suporte terapêutico, ou mesmo acreditam que essa competência não faz parte de suas atribuições. É preciso desconstruir esse pensamento, por meio de ações que possibilitem qualificar o profissional, e leva-lo a refletir sobre o impacto de suas ações junto ao usuário (BRASIL, 2011).

O matriciamento, por meio da construção do projeto terapêutico, possibilita a integração das equipes, vinculando o contexto de vida, da família e da comunidade do usuário com o conhecimento específico sobre seu processo de adoecimento e de tratamento. Nesta conjuntura, a rede de apoio é fundamental, pois é capaz de fortalecer o cuidado longitudinal. A Rede de proteção/apoio inclui o contexto individual, a interação familiar, os relacionamentos interpessoais, sociais e comunitários, os dispositivos de saúde e instituições intersetoriais. Portanto, a rede em saúde propõe o entrelaçamento dos serviços ofertados à comunidade, possibilitando a resolutividade dos problemas, o tratamento pautado na integralidade do sujeito, encaminhamentos efetivos e o trabalho multiprofissional. Infelizmente em algumas situações, os encaminhamentos funcionam como o “repasso” do indivíduo-problema de um serviço para outro, deixando de ser responsabilidade daquele que encaminhou. Nesse contexto, o apoio matricial surge como organizador, potencializador e facilitador da rede assistencial (BRASIL, 2011).

2.2.1 Acompanhamento de pessoas com transtornos mentais comuns no território

Para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais comuns no território, o Ministério da saúde propõe algumas diretrizes no intuito de promover saúde ao usuário (BRASIL, 2011):

- Atendimento centrado no paciente, que possibilite espaço de conversa, de manifestação e participação ativa do usuário;
- Atendimento regular, evitando o surgimento de novas queixas físicas;
- Atividades que incentivem o empoderamento, autocuidado, autoestima e realização pessoal;
- Espaços de apoio psicossocial, tais como grupos terapêuticos para queixas específicas mais comuns entre os usuários;
- Atividades comunitárias que promovam a corresponsabilização, a participação, o desenvolvimento da cidadania e da autonomia.

2.2.1.1 Acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves no território

Para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves faz-se necessário o olhar atento das equipes do território, de modo a promover cuidados continuados e inclusão social. Cada etapa do processo de cuidado com pacientes com transtornos mentais graves exigirá do profissional atenção e humanização do atendimento (BRASIL, 2011). No acolhimento, o profissional deve transmitir segurança e liberdade para o usuário e sua família, tornando-se um ponto de referência para o cuidado, tratamento e acompanhamento.

Na primeira consulta da equipe da ESF é importante realizar a coleta de dados sobre diagnóstico, medicamentos e outras questões sobre o tratamento; e também histórico do paciente, além de repassar as informações essenciais para o cuidado e acompanhamento do mesmo. O acompanhamento ao paciente deve acontecer conforme necessidade, baseado na gravidade da situação, tipo de transtorno e na rede de apoio que possui. Inicialmente, indica-se que as consultas sejam mais frequentes, tanto em decorrência do transtorno como para possibilitar a criação do vínculo entre paciente e equipe de saúde. É importante ressaltar que, a cada atendimento, é indicada a avaliação da adesão ao tratamento e a reavaliação dos medicamentos e doses utilizadas pelo usuário, bem como avaliação de seu estado mental e de fatores psicossociais que interferem na estabilidade e no tratamento.

Outras ações importantes incluem a frequente visita domiciliar pelo ACS, com repasse de informações para a equipe de saúde, e, sempre que necessário, visita multidisciplinar. Além disso, indica-se que a prescrição de medicamentos deve priorizar àqueles disponíveis na rede básica de saúde, de modo a facilitar a adesão e minimizar os custos com o tratamento.

Com relação ao manejo em situações de crise, é necessário que o profissional faça uma avaliação inicial sobre os fatores de risco, tais como ideação suicida, agressividade, tratamento medicamentoso, suporte familiar, fatores psicossociais, etc; identificando a gravidade da situação e sugerindo a melhor intervenção. Outra ação importante refere-se à criação de grupos e oficinas organizadas conforme as demandas da unidade de saúde, com objetivo de informar e promover autoconhecimento, discussões e reflexões a respeito do transtorno, do tratamento, dos cuidados e outros assuntos pertinentes (BRASIL, 2011).

2.2.1.2 Como lidar com o preconceito e estigma com o usuário

O preconceito e a estigmatização com usuários com transtornos mentais estão ancorados em três elementos principais. Um deles é a ignorância, relacionada à falta de conhecimento ou compreensão inadequada sobre o tema. Outro elemento é o preconceito, que diz respeito a percepções, sensações e atitudes negativas direcionadas às pessoas com transtornos mentais. O último elemento é a discriminação, visível por meio de atitudes de rejeição e desprezo. Esses três elementos são comuns entre pessoas da comunidade, e também entre os profissionais que trabalham diretamente com as demandas de saúde. Esse comportamento gera como resposta uma “barreira” para as pessoas com transtorno mental, interferindo na auto percepção sobre preconceito e discriminação, na adesão ao tratamento, na aceitação das equipes de saúde e na relação com a família e a comunidade (BRASIL, 2011).

Para evitar que os profissionais sintam sensação de medo, despreparo ou risco ao trabalhar com usuários dos serviços de saúde com demandas relacionadas à transtornos mentais, e para evitar situações de negligência no atendimento e acompanhamento, o Ministério da Saúde descreve como estratégia a educação e orientação sobre a temática, tanto para profissionais quanto para a comunidade. Diz também sobre a importância do contato com pessoas com transtornos mentais, a fim de desmistificar crenças e mitos, e fortalecer o enfrentamento e empoderamento de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2011).

2.2.2 Ações em saúde mental que podem ser desenvolvidas na atenção básica

2.2.2.1 Ações em saúde mental que podem ser desenvolvidas na atenção básica pelos ACS – Agentes Comunitários de Saúde

- Cadastramento de usuários em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais;
- Identificação dos sujeitos em crise na comunidade para intervenção da equipe da ESF/EAB e NASF-AB;
- Visitas domiciliares (individual ou compartilhada) com o intuito de acompanhar o uso adequado dos medicamentos;
- Participação em atividades coletivas (educação em saúde, oficinas, grupalidades, etc);
- Busca ativa de pessoas e famílias faltosas ao tratamento;
- Relato de visita domiciliar;
- Preenchimento dos registros de acompanhamento em todas as visitas domiciliares;
- Participação nas reuniões de equipe e discussão de casos;
- Colaboração na construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental.

2.2.2.2 Ações em saúde mental que podem ser desenvolvidas na atenção básica pelos auxiliares e técnicos de enfermagem

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Triagem;
- Administração de medicamentos;
- Verificação do uso adequado da medicação pelo usuário;
- Visita domiciliar (individual ou compartilhada);

- Orientações a familiares e usuários;
- Participação em atividades coletivas (educação em saúde, oficinas, grupidades, etc);
- Participação nas reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental e discussão de casos junto as ESF-AB e NASF-AB;
- Colaboração na construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Educação Permanente em Saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental.

2.2.2.3 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo Enfermeiro

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Intervenção à crise;
- Consulta de enfermagem (individual ou compartilhada);
- Orientações ao usuário e sua família;
- Realização de atividades coletivas (educação em saúde, oficinas, grupidades, etc);
- Acompanhamento das ações do ACS;
- Agendamento pactuado de consultas;
- Visita domiciliar (individual ou compartilhada);
- Encaminhamento ao NASF-AB e à RAS, se necessário;
- Participar de reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental e discussão de casos junto as ESF-AB e NASF-AB;
- Colaborar na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental.

2.2.2.4 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional de Odontologia

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Identificação e discussão de casos para a equipe multiprofissional ou à Rede de atenção à saúde;
- Consulta odontológica (individual ou compartilhada);
- Integração interinstitucional;
- Educação Permanente em Saúde;

- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde bucal em contexto de atenção à saúde mental;
- Participação e realização de atividades coletivas (educação em saúde, oficinas, grupidades, etc);
- Participação nas reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental;
- Colaboração na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

2.2.2.5 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Psicólogo

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Abordagem em situações de crise;
- Atendimento psicológico (individual ou compartilhada);
- Orientações ao usuário e sua família;
- Matriciamento em Saúde mental para as ESF/EAB;
- Realização de atividades coletivas (educação em saúde, oficinas, grupidades, etc);
- Acompanhamento dos casos assistidos pelos serviços especializados em saúde mental;
- Agendamento pactuado de atendimentos clínicos;
- Visita domiciliar (individual ou compartilhado);
- Gestão da clínica compartilhada;
- Educação Permanente em Saúde;
- Participar de reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental e discussão de casos junto as ESF-AB e NASF-AB;
- Colaborar na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental.

2.2.2.6 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Farmacêutico

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Apoio nas intervenções em situação de crise;
- Matriciamento no campo da farmacoterapia;
- Orientações para uso adequado de medicamentos ao usuário e sua família;

- Realização de atividades coletivas (educação em saúde, oficinas de manejo autônomo de medicamentos, grupagens, etc);
- Agendamento pactuado para avaliação de farmacoterapia;
- Visita domiciliar (individual ou compartilhada);
- Encaminhamento pactuado ao médico e aos demais profissionais do NASF- AB, se necessário;
- Participar de reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental e discussão de casos junto as ESF-AB e NASF-AB;
- Colaborar na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Colaborar com ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental e o uso adequado de medicamentos psicotrópicos.
- Desenvolvimento de estratégias de desmedicalização através das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

2.2.2.7 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Médico

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Consulta médica (individual ou compartilhada)
- Solicitação de exames complementares, se necessário;
- Identificação e discussão de casos com a ESF-AB e NASF-AB para encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde;
- Prescrição e conduta;
- Realização de Atividades Coletivas (grupos, oficinas, educação em saúde, etc.)
- Orientação e avaliação medicamentosa e terapêutica;
- Participação nas reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental e discussão de casos junto as ESF-AB e NASF-AB;
- Educação Permanente em Saúde;
- Acompanhamento periódico dos usuários com transtornos mentais;
- Colaboração na construção do Projeto Terapêutico Singular PTS;
- Visita domiciliar (individual ou compartilhada);
- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental;
- Integração interinstitucional.

2.3 Da rede de atenção à saúde a rede de atenção à saúde mental no Brasil

No Brasil, a Política de Saúde Mental é instituída através da Lei 10.216 /2001, e traz como premissa fundamental a desinstitucionalização e a humanização da assistência, onde deve-se prever a ampliação da rede ambulatorial de saúde mental, a partir do fortalecimento dos serviços de saúde mental substitutivos nos municípios e nos estados, proporcionando tratamento ambulatorial e internação em hospital geral, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes, sendo que estas ações devem ocorrer nos três níveis de atenção à saúde, ou seja na atenção básica, na média e alta complexidade (BRASIL, 2001).

A partir desta lei, foram criadas portarias, normas e recomendações aos estados e municípios pelo Ministério da Saúde, para a implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (modelo manicomial excludente e segregador), que perdurava de forma muito grande no Brasil, implantando paralelamente o cuidado integral a pessoa em sofrimento mental, dentro de uma lógica humanizada e com a reinserção social destas pessoas, com a participação da família, fatos preconizados pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2007).

São diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e que seguem uma tendência mundial:

- Redução Progressiva dos Leitos Psiquiátricos e desinstitucionalização;
- Consolidação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial com a implantação de serviços substitutivos como por exemplo os CAPS;
- Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica;
- Implantação do Programa “De Volta Para Casa;”
- Consolidação e Expansão das Residências Terapêuticas;
- Formação e qualificação de Recursos Humanos;
- Promoção de direitos de usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado;
- Reorientação dos Manicômios Judiciários;
- Consolidação da Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas.

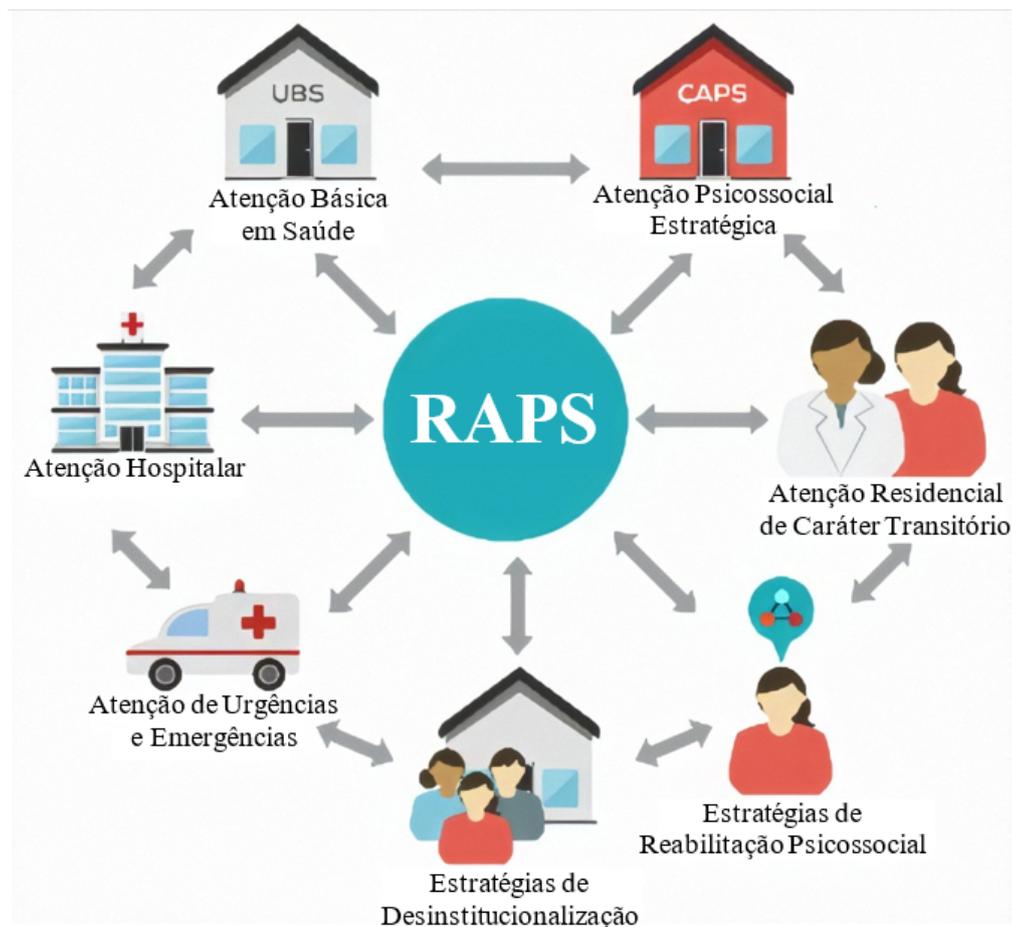
O Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 3.088 de dezembro de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta portaria sofreu alterações com o acréscimo de outros equipamentos sociais e de saúde, que foram contempladas na recente Portaria de Nº 3588, de dezembro de 2017.

A finalidade da RAPS é possibilitar a ampliação, diversificação e articulação dos serviços de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e para aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. Propõe-se, portanto, a

renovação do paradigma de cuidado ao promover maior acessibilidade, integração e articulação efetiva entre os serviços, rompendo assim com o modelo hospitalocêntrico e manicomial.

A proposição de um trabalho integrado formando redes funcionais de assistência à saúde, possibilita atender às diferentes demandas em distintos territórios e qualifica o serviço prestado. O conceito de território para a Saúde assume importante significado, uma vez que não se restringe aos aspectos geográficos, mas incorpora o espaço onde as relações sociais e afetivas são geradas, buscando estratégias que possam atender às demandas específicas. Portanto, para que a integralidade nos serviços de saúde aconteça faz-se necessário a existência efetiva de articulação em rede, conforme Figura 8 apresentada abaixo.

Figura 8. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: <https://blog.cenatcursos.com.br/conheca-raps-rede-atencao-psicossocial/>

Dentre as diretrizes para o funcionamento da RAPS destaca-se: atenção às necessidades das pessoas, respeito aos direitos humanos, equidade, diversificação das estratégias de cuidado, assistência multiprofissional, desenvolvimento de atividades no território, cuidado integral, dentre outras. A partir das diretrizes mencionadas é possível perceber a amplitude dos serviços que devem ser prestados à pessoa em sofrimento ou com transtorno mental, como também para aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. É na Rede que acontece a possibilidade da integração e qualidade dos serviços ao ampliar o acesso aos pontos de atenção à saúde “qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências” (BRASIL, 2011).

Portanto, os objetivos específicos da RAPS, conforme Portaria N° 3.088/2011 e, posteriormente, conforme a Portaria N° 3588/2017 são:

- Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis;
- Prevenir o consumo e reduzir danos provocados pela dependência de crack, álcool e outras drogas;
- Promover a reabilitação e a reinserção por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em Parceria com organizações governamentais e sociedade civil;
- Organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS;
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2017a; 2017b).

Diante do que foi exposto, podemos entender que a Rede de Atenção Psicossocial propõe a adoção de iniciativas que garantam o cuidado integral da pessoa, centrado nos territórios, ou seja, adequado ao perfil demográfico e socioambiental, bem como às necessidades e demandas da população. A RAPS é composta por sete componentes. Cada um destes contém ações específicas que objetivam atendimento integralizado, conforme já salientado. Tais serviços são conhecidos como pontos de atenção. Vale salientar que o Ministério da Saúde, desde o ano de 2017, tem publicado uma série de portarias e resoluções que trazem no texto a incorporação de outros equipamentos na Rede de cuidados de pessoas com transtorno mental e problemas com álcool e outras drogas. A Figura 9 descreve os componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção, apresentando a configuração presente na Portaria MS/GM N.º 3088/2011 e as reformulações apresentadas pela Portaria MS/GM N.º 3588/2017, com modificações em seu texto (BRASIL, 2017a; 2017b).

Figura 9. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Ampliado de Saúde da Família • Equipes de Atenção Básica para populações específicas: 1. Consultório de Rua; 2. Apoio aos Serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas (AMENT)
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada com leitos em Hospital Geral • Hospital Psiquiátrico Especializado • Hospital Dia
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de Residências Terapêuticas
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Ministério da Saúde. BRASIL, 2017 (adaptado).

Em 2019, o Ministério da Saúde publicou Nota Técnica com “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” (BRASIL, 2019). Nesse documento é apresentada de forma consolidada a nova configuração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS AD IV, além dos antigos serviços existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. A RAPS passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços).

2.3.1 Atenção Básica em Saúde

O primeiro elemento da RAPS é a Atenção Básica em Saúde (AB), sendo composto por seis subelementos importantes: as unidades básicas de saúde, as equipes de atenção básica, os núcleos de ampliados de saúde da família, os consultórios na rua, o apoio aos Serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório e os centros de convivência e cultura. São de importante significado para a atenção psicossocial no campo das ações em saúde mental.

Unidade Básica de Saúde: serviço constituído por equipe multidisciplinar, que desenvolve ações, com significativos impactos na saúde individual e coletiva, relacionadas à promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como objetivo o desenvolvimento integral da pessoa (UNASUS, 2018).

Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB): vinculado à Unidade Básica de Saúde, sendo responsável por prestar atendimento a populações específicas (BRASIL, 2011), os NASFs-AB têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização do atendimento. São compostos por profissionais das diferentes áreas do conhecimento atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s).

Equipe de atenção básica para populações específicas: destacam-se duas equipes: a equipe de Consultório na Rua (eCR) e a de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. A primeira é constituída por equipe multiprofissional itinerante que se desloca para diferentes territórios a fim de ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua, com transtornos mentais e/ou para usuários de crack, álcool e outras drogas. Essas equipes devem desenvolver suas atividades in loco, de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades do usuário, podendo inclusive utilizar as instalações da UBS/ESF do território. A equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório tem como função oferecer suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção (UNASUS, 2018).

Centros de Convivência e Cultura: unidade pública articulada às Redes de Atenção à Saúde, constituindo espaços destinados à produção da cultura e estabelecimento de vínculos psicossociais, possibilitando assim a promoção da inclusão social e o desenvolvimento da autonomia. Esses Centros podem proporcionar a construção de espaços de convívio e apoiar a aceitação de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar (UNASUS, 2018).

As UBSs e as ESFs têm um papel fundamental, pois além de ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde são normalmente o primeiro contato do paciente com alguma equipe de saúde. No caso do acolhimento ser realizado de forma adequada pode ocorrer a formação de um vínculo com o paciente e sua família, possibilitando muitas vezes o início do tratamento e acompanhamento das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e de seus familiares na comunidade onde essas equipes atuam (UNASUS, 2018).

É importante que as unidades básicas de saúde e as equipes de saúde da família apresentem um alto grau de resolutividade de modo a evitar sobrecarga dos serviços especializados. Vale a pena lembrar que de 20 a 30% da população terá algum sofrimento mental ao longo da vida, mas nem todos necessitarão de atendimento especializado e/ou de internação, e que, desse percentual somente 3% terão os chamados transtornos mentais severos e persistentes e que necessitarão de acompanhamento pelo resto de suas vidas (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, um fator que deve ser levado em consideração, é que tanto na atenção básica quanto na estratégia saúde da família podem ser desenvolvidas atividades com os pacientes, como oficinas, grupos terapêuticos, busca ativas de casos na comunidade, entre outros, além da discussão dos casos junto às equipes de serviços especializados. Pacientes que são contra referenciados pelos serviços especializados para atenção básica, após o controle da crise, podem e

devem ser acompanhados pela equipe de saúde de sua comunidade desde a sua doença mental até as suas comorbidades.

As ações de saúde mental na atenção básica se mostram especialmente importantes no estado do Tocantins, onde existem 139 municípios sendo que 90% tem menos de 10 mil habitantes, o que inviabiliza técnica e financeiramente a implantação de serviços especializados, o que não é muito diferente de outros estados da federação. Além dessa dificuldade ainda encontramos outra, que é a falta de sensibilização dos gestores para a abertura de serviços especializados, não só em saúde mental como também de outros serviços.

2.3.2 Atenção Psicossocial Estratégica

Na atenção psicossocial estratégica, estruturam-se as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas (AMENT) compostas por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia. Deverá ser lotada em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Presta-se a “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade”, atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS. Os CAPS são Centros de Atenção Psicossocial criados para atender e acompanhar pessoas em sofrimento e/ou transtorno mental grave e persistente (CAPS I, II, e III) ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (CAPS AD, AD III e AD IV) ou crianças com algum tipo de sofrimento ou transtorno mental (CAPS i). Os CAPS podem ser definidos como pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, compostos por equipe multiprofissional que deve atuar de maneira interdisciplinar e realizar prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com transtornos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Estes serviços são substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios) (BRASIL, 2002; 2005).

Os CAPS I, II, III, i, AD III e AD IV são assim designados de acordo com a complexidade, tipo de atendimento, e do quantitativo de pessoas por serviço. Os CAPS I e II prestam atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, além do uso de substâncias psicoativas, sendo a diferença de nome entre eles dado com relação ao tamanho da população da região atendida. Os CAPS AD, AD III e AD IV (Álcool e outras Drogas) são para atendimento específico às pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, e o CAPS i é específico para atendimento a crianças e adolescentes. O CAPS AD (álcool e drogas) atende regiões menores, enquanto o CAPS AD III e AD IV funcionam 24 horas, apresenta vagas de acolhimento noturno e observação e atende regiões maiores. Todos estes serviços são regionalizados e são implantados a partir de quantitativo populacional, conforme legislação vigente (UNASUS, 2018). Aqui convém lembrar que, alguns estados adotam outros nomes para estes tipos de serviços, porém com a mesma finalidade.

É importante salientar que os CAPS representam um serviço de referência, e, portanto, devem ser utilizados nos casos em que o cuidado ultrapasse as possibilidades de intervenção das equipes da UBS, NASF -AB e ESF.

As atividades nos CAPS devem ser realizadas de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde seguindo um Projeto Terapêutico Singular construído de modo a envolver o usuário, sua família e a equipe (BRASIL, 2017). Os CAPS também podem prestar atendimento a usuários egressos de internação psiquiátrica, visando o retorno dos mesmos ao tratamento no plano comunitário. Os casos de usuários que receberem alta do serviço tipo CAPS podem ser discutidos entre CAPS, ESF e NASF-AB em vez de serem encaminhados diretamente para as ESFs (BRASIL, 2014).

2.3.3 Atenção de Urgência e Emergência

UPA 24 horas, Sala de estabilização, SAMU, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e UBSs: a responsabilidade desses setores é a de desenvolver ações de acolhimento, classificação de risco e cuidados nas situações de urgência e emergência das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental ou ainda aqueles relacionados ao uso e abuso de crack, álcool e outras drogas (UNASUS, 2018).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas tem como objetivo prestar atendimento em situações de urgência e emergência. Seu atendimento se dá nas 24 horas do dia, para as diferentes condições de saúde, entre essas as pessoas em sofrimento psíquico, sendo então um elemento muito importante não só para a Rede Atenção à Saúde (RAS), mas também para a RAPS (UNASUS, 2018). O SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, sequelas ou até mesmo à morte. A sua finalidade é de atendimento in loco, bem como o transporte das vítimas até o serviço médico mais próximo do ponto onde o atendimento foi realizado.

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas, tem por objetivo concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, de forma organizada e regionalizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, e o SAMU. A UPA permite a melhoria no acesso da população à saúde ao fornecer os primeiros atendimentos e servir como regulador para os casos com necessidade de atendimento hospitalar. Quando necessário a UPA poderá encaminhar um paciente para um hospital da rede de saúde para realização de procedimento de alta complexidade, podendo utilizar o SAMU como meio de transporte nos casos que necessitam de acompanhamento médico ou de unidade de suporte.

Cabe aqui ressaltar que, tanto o SAMU quanto as UPA's não têm em seus quadros psiquiatras ou psicólogos, pois seu atendimento é somente para as urgências e emergências. Por isso se faz essencial o encaminhamento dos casos dentro da rede de atenção à saúde para dar sequência ao atendimento. Em muitos municípios do interior não existem UPA's ou hospitais, de modo que o atendimento emergencial por vezes acontece através das UBS's que muitas vezes não se encontram preparadas para tal desafio.

2.3.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório

Unidade de Acolhimento (UA): é um ambiente residencial, com funcionamento vinte e quatro horas, durante os sete dias da semana, os serviços são ofertados às pessoas que demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Apresenta como objetivo alcançar pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e que estejam em vulnerabilidade social e/ou familiar, garantindo-lhes o direito à moradia, à convivência social/familiar e à educação. O tempo de permanência é de no máximo seis meses. Elas podem ser Unidade de Acolhimento a Adultos (UAA) e, portanto, para pessoas acima de 18 anos, ou Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. As UA's contam com equipe qualificada e funcionam exatamente como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado enquanto seu tratamento e projeto de vida devem acontecer nos diversos pontos da RAPS (UNASUS, 2018).

Serviços de Atenção em Regime Residencial: do mesmo modo que a unidade de acolhimento, os serviços de atenção em regime residencial oferecem cuidados contínuos de saúde a adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses serviços recebem demandas referenciadas pelos CAPS do território. O tempo máximo de permanência é de nove meses. Esses serviços devem oferecer cuidado residencial transitório a pessoas que requeiram, temporariamente, afastamento de seus contextos. Deve ter Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) construídos junto aos CAPS e UBS/ESF e devem atuar de forma articulada junto aos demais pontos de atenção, favorecendo a construção de novas perspectivas para pessoas com problemas com drogas e suas famílias. Não tem caráter de atendimento de pacientes em crise, sendo que o seu acolhimento deve ser feito por uma equipe multiprofissional (UNASUS, 2018).

2.3.5 Atenção Hospitalar

Unidade especializada em Hospital Geral: oferece leitos de saúde mental e serviço hospitalar de referência para casos graves relacionados aos transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no caso de abstinências e intoxicações severas. As internações são de curta duração, até que haja estabilidade clínica. O acesso aos leitos nesses pontos de atenção são regulados a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais e servem de referência/retaguarda para os CAPS de sua área de referência (UNASUS, 2018). A Portaria Nº 3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento, embora tenha sido uma conquista do Movimento da Luta Antimanicomial a destinação de recursos oriundos dos investimentos em leitos dessa natureza para os Caps.

Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental ou relacionados ao uso e abuso de crack, álcool e outras drogas: apresenta horário de funcionamento integral e ininterrupto. São serviços que atendem os pacientes em crise, com uma equipe multiprofissional, e são referência em saúde mental regionalizada trabalhando dentro dos

princípios da reforma psiquiátrica. Esses serviços trabalham com internações de curta duração no restabelecimento de condições clínicas e psiquiátricas, ou na investigação de comorbidades.

Os Hospitais Dia: são aqueles que se prestam ao cuidado ambulatorial com aspectos que permitem a observação da evolução do quadro possibilitando fazer uso de outras especialidades médicas dentro da própria instituição, apropriando-se de diversas ferramentas de apoio tais como exames de imagem, laboratoriais, entre outros, muitas vezes necessários à elucidação diagnóstica. Esses serviços devem estar articulados com outros pontos de atenção da RAPS, garantindo a preservação de vínculos e a continuidade do cuidado em saúde.

2.3.6 Estratégias de Desinstitucionalização

Durante muitas décadas os pacientes eram internados em hospitais psiquiátricos por longo período de tempo de forma desnecessária, com alto custo para as famílias (custo financeiro e emocional) e para o setor público (custo financeiro) seguindo o modelo asilar. Esse modelo passou a ser desconstruído a partir da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil. Esse novo contexto exigiu a busca por estratégias que intensificassem os processos de desinstitucionalização dos usuários em situação de internação de longa permanência, a partir do financiamento de equipes multiprofissionais focadas exclusivamente nesses processos nos territórios que estão situados.

Como resultado previu-se a redução planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, de modo a garantir uma transição segura para o modelo comunitário de atenção (RAPS). Desse modo, os recursos financeiros deixaram progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar e passaram a ser direcionados às ações territoriais da RAPS. Aliada a essa nova visão, fez-se necessário pensar em estratégias de desinstitucionalização e reabilitação biopsicossocial das pessoas egressas dessas longas e extenuantes internações psiquiátricas e do afastamento prolongado do seu meio familiar.

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): representam moradias inseridas na comunidade, que visam garantir que pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, e que não seja possível a localização da família, ou famílias que não aceitam mais o seu ente doente, possam viver de forma mais digna e com autonomia, recuperando assim a sua cidadania, e consequentemente garantindo sua inclusão social. Nesse tipo de serviço os pacientes são acolhidos em ambiente residencial, de forma fraterna, favorecendo assim a retomada do seu cotidiano, com apoio de profissionais e de outros pontos da RAPS. Esse tipo de serviço está normalmente ligado a um CAPS de referência, e tem o apoio da Atenção Básica para as demais ações em saúde que se façam necessárias (UNASUS, 2018). Regiões de saúde que ainda disponham de hospital psiquiátrico devem construir projeto de desinstitucionalização de forma articulada com o plano de expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

As SRT's estão subdivididas em tipo I e tipo II. As do tipo I são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. Já as do tipo II são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, em especial física, que necessita de cuidados específicos permanentes, devendo acolher um máximo de dez moradores (UNASUS, 2018).

2.3.7 Estratégias de Reabilitação Psicossocial

Referem-se à criação de possibilidades de inclusão da pessoa aos cenários de trabalho e geração de renda, através de empreendedores solidários ou cooperativas sociais. Possibilita o exercício da cidadania, prepara o indivíduo para lidar com os aspectos referentes à inclusão social e, por outro lado, instrumentaliza o ambiente para lidar com as diferenças (UNASUS, 2018). Foi instituído por meio do decreto 8163/2013 o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (PRONACOOOP Social). Esse programa traz um conjunto de ações voltadas para as relações de trabalho das pessoas em situação de vulnerabilidade social, de trabalho e familiar, por meio de ações de geração de renda.

Veja na Figura 10 uma configuração da RAPS em um determinado território.

Figura 10. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território



Fonte: UNASUS/UFMA, 2018.

Pode-se perceber que a RAPS é uma rede de atenção psicossocial com ênfase nos serviços de base comunitária, e caracteriza-se pela adequação às necessidades dos usuários, atuando numa perspectiva territorial, e que deve respeitar os direitos humanos, promovendo a equidade e a autonomia.

2.3.8 A Saúde Mental, a Atenção Básica, os Usuários em Crise e os Encaminhamentos

A emergência em saúde mental origina-se de uma ampla variedade de distúrbios incluindo ansiedade aguda, depressão, psicose e abuso de drogas entre outras. As emergências em saúde

mental estão relacionadas com crises evolutivas e acidentais, existentes no processo de desenvolvimento humano. As emergências em saúde mental acontecem quando o indivíduo não consegue “estabilizar” a situação, ou reencontrar o equilíbrio. Nesses casos, o funcionamento geral fica prejudicado, tornando-o incapaz de assumir responsabilidades pessoais.

Lembre-se, as crises são passageiras, e o seu manejo deve começar pela tentativa de tranquilizar o paciente e a família com o estabelecimento do vínculo. Vale lembrar que pacientes em crise devem ser referenciados e tratados junto aos serviços especializados e posteriormente contra referenciados para a unidade de referência para dar os encaminhamentos necessários ao caso, todavia os casos de saúde mental com difícil resolução podem ser encaminhados para os diferentes dispositivos da rede como podemos ver a seguir:

- a) Encaminhamento para as equipes dos NASF's: os casos não resolvidos na AB devem ser encaminhados para as equipes dos NASF's que possuam profissionais capacitados para o atendimento de casos de saúde mental, cujos serviços estejam dentro de sua região de abrangência. Cabe aqui lembrar que as equipes dos NASF's devem ser multiprofissionais, e que tem como uma de suas incumbências a de capacitar e discutir os casos de saúde mental junto às equipes da Atenção Básica.
- b) Encaminhamento para os CAPS: existem dois tipos de serviços prestados pelos CAPS - os que atendem pacientes com transtornos mentais sem histórico de uso de álcool e outras drogas, e os que atendem aos transtornos mentais relacionados ao uso, abuso de álcool, crack e outras drogas de modo que o encaminhamento de pacientes para estes serviços deve acontecer seguindo essa lógica. Convém salientar que os pacientes encaminhados devem estar em quadro agudo e/ou em estado de crise, cujo manuseio do quadro se torne impossível de ser realizado na UBS ou ESF.
- c) Encaminhamento para unidades hospitalares: representa outro ponto de atendimento para as crises agudas em Saúde Mental. Alguns Estados, seguindo as orientações da Política Nacional de Saúde Mental, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, implantaram Unidades de Saúde Mental ou Leitos Hospitalares para internação de pacientes em crise aguda. Essas unidades e leitos têm como finalidade servir de retaguarda para a internação de pacientes em crise e que estão em acompanhamento, seguindo uma lógica regionalizada, e substituem o modelo manicomial que por muito tempo perdurou no Brasil.
- d) Encaminhamento para centros de convivência e cultura: para esses serviços devem ser encaminhados os pacientes já estabilizados, mas que se encontram em quadro de vulnerabilidade social, com risco familiar. Lembrando que esses serviços devem trabalhar de forma integrada não somente com os serviços de saúde, mas com os demais dispositivos sociais da comunidade.

Não esqueça: ao referenciar um paciente com transtorno mental para outro serviço produza a avaliação de seu estado mental que está descrita no Cartão Babel e informe quais outros procedimentos foram realizados. Localize o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do seu Estado compreendendo como seu município se insere nele e aprenda como se dá o fluxo de encaminhamentos dentro da RAPS.

2.4 Matriciamento em saúde mental

O projeto Humaniza SUS é uma proposta do Ministério da Saúde que promove articulação entre Atenção Básica e a Saúde Mental, com intuito de viabilizar o acesso à saúde e qualificar o cuidado (SILVA *et al.*, 2010). Sendo assim, a Atenção Básica deve ocupar um lugar estratégico no desenvolvimento das ações em saúde. No entanto, tradicionalmente os sistemas de saúde funcionam de maneira hierárquica, tornando-se muitas vezes precária e difusa e sem comunicação entre as equipes, ou ocorrem de forma fragilizada, não possibilitando a resolução efetiva dos casos. Neste sentido, entra em ação um novo modelo, o modelo matricial, que encoraja a transformação da lógica tradicional, burocratizada, tecnicista e pouco dinâmica para um novo modelo integrador, que incentiva a participação ativa de profissionais e usuários, valorizando cada um dos saberes (BRASIL, 2008).

O matriciamento em saúde mental é uma estratégia dentro do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, que tem como um de seus objetivos qualificar as equipes de saúde da atenção básica no que concerne aos atendimentos e ações em saúde mental. Esse movimento teve início em 2004, com a introdução de uma portaria que regulamentava somente o matriciamento em saúde mental, contudo esta portaria foi revogada em 2006, sendo posteriormente reeditada incluindo outras categorias profissionais, e com um novo enfoque dentro da saúde, e em especial na atenção básica.

O apoio matricial surge como uma proposta de produção de saúde, por meio do compartilhamento de conhecimentos entre equipes e construção de novas práticas em saúde (BRASIL, 2014). Mas, a concretização do matriciamento se dará apenas a partir das mudanças nas relações de trabalho, tornando-as horizontalizadas e capazes de proporcionar o cuidado de modo integral; e das mudanças na formação em saúde, que deverá romper com o modelo biomédico e ampliar as concepções de saúde (IGLESIAS e AVELLAR, 2019).

O matriciamento se baseia em um processo de compartilhamento de práticas e saberes em saúde, por meio de intervenções pedagógicas e terapêuticas no campo da saúde, pois segundo Campos e Domitti (2007), o matriciamento é um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica. Neste sentido, o matriciamento passa a ser um processo horizontalizado em saúde, estruturado com equipe de referência e equipe e apoio matricial, passando então a ser um arranjo do sistema de saúde, na forma de organização da gestão do trabalho em equipe de forma integrada, ampliando o acesso da população aos serviços, com uma visão da clínica ampliada, com o estabelecimento de vínculos entre os diversos profissionais e os serviços (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

A articulação entre a atenção básica e a saúde mental possibilita o desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas, amplia a capacidade de compreensão e análise de casos mais complexos, e da situação de saúde das pessoas, além de permitir a tomada de decisão sobre o caso, bem como agir sobre a realidade das pessoas em sofrimento na comunidade.

Segundo Silva (2010), matriciamento “é o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações”. O novo modelo de atenção à saúde mental no contexto da atenção básica, permite o acompanhamento das pessoas em sofrimento mental, com acolhimento humanizado, planejamento de ações e elaboração de projetos terapêuticos singulares, além

de discussão coletiva de casos clínicos, que pode ser mensal, quinzenal ou semanal, com atendimento em conjunto na unidade, e que visam à prevenção das doenças e à promoção da saúde (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

A gestão do cuidado na atenção básica deve ser formada pelo olhar direcionado a saúde, a educação, as relações sociais, a família, ao ambiente e o respeito às diferenças entre as pessoas e os grupos (FIGUEIREDO, 2009).

Outro fator a ressaltar é a importância da avaliação da equipe que está sendo acompanhada e qualificada através do matriciamento, pois essa ação permite que a equipe que está matriciando, ou seja, apoiando os profissionais da atenção básica realize mudanças e adequações no desenvolvimento das suas ações, permitindo assim uma melhor qualificação da equipe para o atendimento das necessidades da população adstrita. Esses profissionais atuam onde não há serviços especializados em saúde mental, mas podem receber apoio de forma matricial. Para tanto, podemos elencar os principais fatores que contribuem pra esta ação:

- e) A equipe de atenção primária tem contato com a comunidade e é bem aceita;
- f) A equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde;
- g) Em lugares onde os serviços de saúde mental não estão estruturados, o profissional da atenção primária é o primeiro recurso de atenção à saúde;
- h) O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações;
- i) É a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitarem.

Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária devem estar disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde. Em suma, o matriciamento só será possível através da parceria entre gestores, instituições, profissionais, equipes e usuários, prezando pelo cuidado integral e longitudinal. Em resumo, a potencialidade da proposta requer profissionais de saúde da atenção primária empenhados, disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde (IGLESIAS e AVELLAR, 2019).

2.5 NASF-AB

Para qualificar e ampliar o escopo de ações da Atenção Básica, em 2008, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). O NASF é uma unidade de apoio para as equipes diretas dos serviços de saúde da Atenção Básica. Participam da discussão de casos e da produção do projeto terapêutico, incorporando conhecimentos e auxiliando no processo de produção de saúde integral. Essa equipe multiprofissional e interdisciplinar constitui-se como retaguarda especializada na Atenção Básica, produz ampliação do escopo de ações e realiza apoio matricial às equipes de referência, ou seja, aquelas diretamente vinculadas ao território.

Recentemente, os NASF's passaram a ser regulamentados pelo Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de setembro de 2017, com a denominação de Núcleos Ampliados de Saúde

da Família e Atenção Básica (NASF- AB), definindo as equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada e compartilhada com as equipes de Saúde da Família (ESF) e as equipes de Atenção Básica (EAB) (BRASIL, 2017). Tem como papel atuar nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica para as ESFs e EABs. Significa dizer que os profissionais que atuam no NASF-AB possuem condições de discutir casos que demandam conhecimentos relativos ao núcleo de saber de sua categoria profissional, e assim instrumentalizar as equipes apoiadas na realização do cuidado em saúde (BRASIL, 2008).

Atualmente, as três modalidades de Nasf-AB, tipo I, II ou III, foram substituídas na forma de redação por equipes multiprofissionais pela Portaria MS/GM N°. 2.979, de 12 de novembro de 2019, intitulada de PREVINE BRASIL, que reorienta e redefine o modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2019). De acordo com esta normativa, o gestor local tem autonomia para contratar e organizar as categorias profissionais que melhor contemplem as necessidades de saúde, consolidando assim, a equipe multiprofissional em seu território.

A composição de cada equipe do NASF -AB ou equipe multiprofissional pode variar em função da avaliação de situação de saúde do território, ou das estratégias do gestor municipal. Dessa forma, os perfis dos núcleos são diferenciados, mas devem trabalhar conjuntamente com as equipes às quais estejam vinculados. A parceria multiprofissional e interdisciplinar para atendimentos em grupos proporciona um olhar ampliado, objetivando promover saúde e bem-estar, prevenir e tratar doenças e/ou agravos, bem como fomentar uma agenda de temas para educação permanente em saúde das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2010; 2018).

O compartilhamento de experiências entre os núcleos de saberes de cada categoria profissional e o campo comum que conecta e amplia, permite que os profissionais da ESF/EAB e o NASF-AB ou equipe multidisciplinar equivalente conduzam o caso sem, necessariamente, a intervenção da atenção especializada ou do profissional especialista, o que favorece a resolutividade e a integralidade da Atenção Básica (Primária) (BRASIL, 2017). São conhecimentos que se ampliam e não são exclusivos de determinado profissional. Um médico, por exemplo, pode se apropriar e repassar orientações básicas sobre alimentação saudável, cultura da paz, saúde mental, assim como um enfermeiro ou um farmacêutico podem orientar sobre o modo adequado de uso de certo psicofármaco, etc. As equipes da Atenção Básica (Primária) – o NASF-AB ou equipes multiprofissionais equivalentes e a ESF - podem e devem desenvolver uma série de atividades na sua área de abrangência, no seu território, sendo importante a organização dos processos de trabalho de forma a garantir alguns pressupostos, tais como:

- A busca ativa de pessoas com possibilidades de desenvolver sofrimento psíquico ou transtornos mentais, antecipando assim a detecção de casos e realizando o manejo do acesso e de acompanhamento adequado (Territorialização);
- O atendimento interdisciplinar e compartilhado dos casos identificados no território (Apoio Matricial);
- O atendimento e acompanhamento dos casos existentes na comunidade que são encaminhados ou contra referenciados pelos serviços especializados (Corresponsabilização);
- A realização de oficinas terapêuticas e desenvolvimento de grupidades (Clínica Ampliada);

- Atividades em grupo, com o objetivo de socialização, expressão e reinserção social (Intersetorialidade).

Como podemos perceber, a interlocução entre os membros da atenção básica (primária) e os NASF's ou equipes multiprofissionais equivalentes, permite um melhor manejo do caso em discussão entre estas equipes, possibilitando uma melhor resolução do caso, podendo então reduzir o tempo de sofrimento da pessoa e de sua família, com um atendimento qualificado e seguro.

2.5.1 Instrumentos que auxiliam na produção de saúde

2.5.1.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

É uma ferramenta que possibilita articulação das equipes de saúde para a construção de um plano de intervenção que considera a complexidade do caso e as singularidades do sujeito. Pode ser organizado em quatro fases:

- a) Diagnóstico e análise: trata-se de uma avaliação completa do sujeito, considerando suas particularidades, dificuldades, potencialidades e sua rede de apoio.
- b) Definição de ações e metas: refere-se ao desenvolvimento de ações que impactem em curto, médio e longo prazo. Essas ações posteriormente serão discutidas com o paciente e/ou com sua família.
- c) Divisão das responsabilidades: é a etapa de divisão das competências de cada serviço, equipe e profissional envolvido no desenvolvimento do PTS. É importante definir o profissional que será referência no tratamento, com maior vínculo com o usuário, e o profissional responsável pela gestão do caso, que articulará todas as ações.
- d) Reavaliação: é o momento de discussão e reavaliação do caso. Se for necessário, passará por reformulação ou readequação (BRASIL, 2014).

2.5.1.2 Genograma

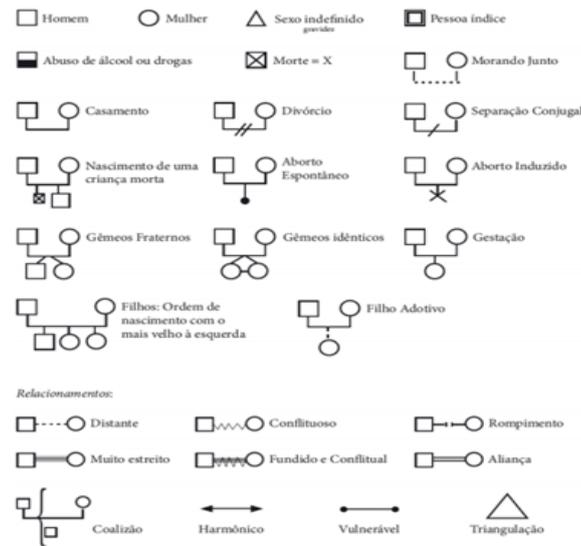
É um instrumento visual, que se utiliza de formas e símbolos para descrever a organização da estrutura familiar. Possibilita elencar as principais características dos familiares do paciente, o funcionamento das relações, os conflitos e os problemas de saúde (BRASIL, 2014). A Figura 11 apresenta as legendas e símbolos que são utilizados na criação de um genograma.

A Figura 12 demonstra um exemplo de genograma familiar. A pessoa índice, ou seja, o usuário ou paciente investigado é João. Pela figura é possível perceber que João é filho de Helena e Inácio. Possui um irmão gêmeo, Jânio, com quem tem bastante proximidade; e um irmão mais novo que foi adotado, Pedro, com quem possui uma relação conflituosa. O genograma demonstra ainda que João é separado de Joana, com quem tem uma filha, Ana Maria, com relação distante. Seu atual relacionamento é com Alessandra, que está grávida, e possui uma

relação de desavença ou rompimento com Joana. Alessandra é a segunda filha de Teresa e Jairo, sendo que a primeira foi um aborto espontâneo, e Jairo faleceu em 2010.

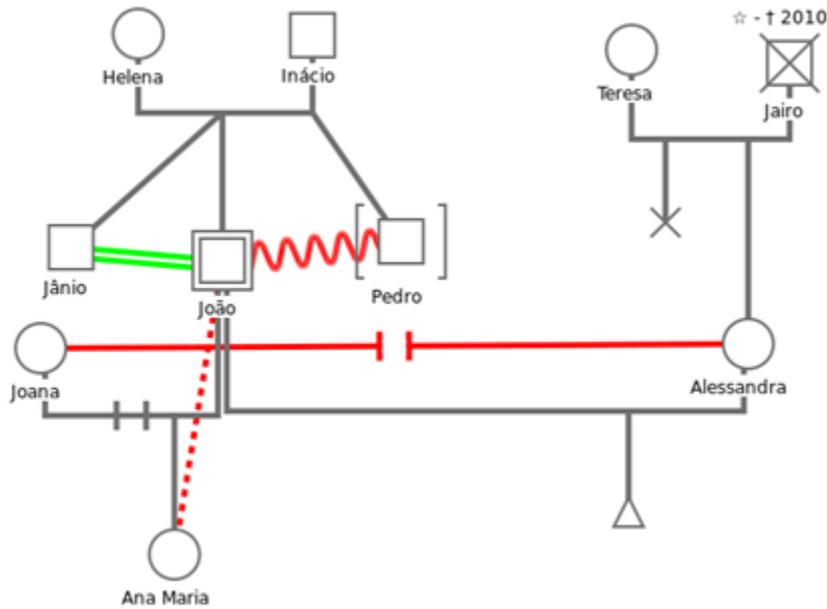
Podem ainda ser acrescentadas informações a respeito da idade, defeitos e virtudes, histórico de doenças e rede de apoio (trabalho, comunidade, religião, etc.). Atualmente é possível utilizar a ferramenta online em diversas plataformas gratuitas.

Figura 11. Símbolos e legendas do Genograma



Fonte: Schlithler; Ceron; Gonçalves, 2011; *apud* Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

Figura 12. Exemplo de Genograma

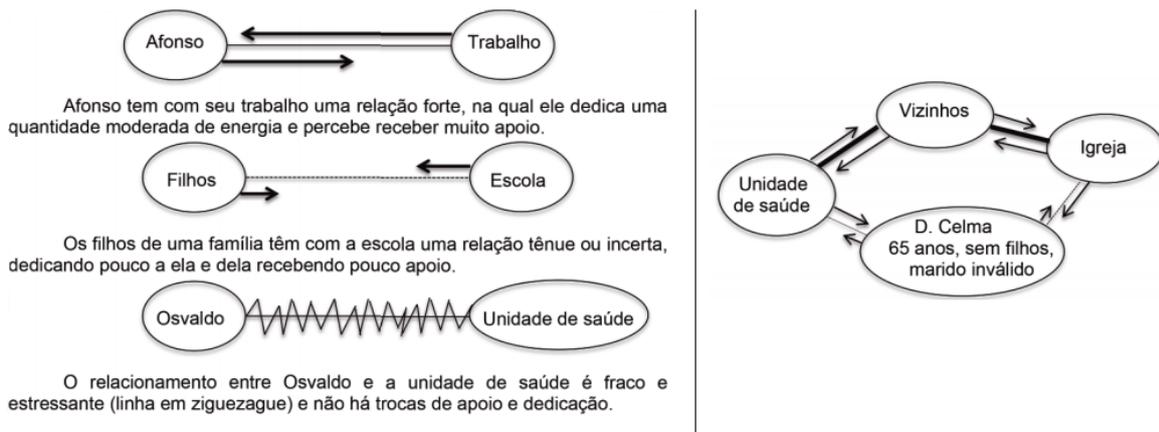


Fonte: Santos, 2020 (autoria própria). Programa: Nescon, UFMG.

2.5.1.3 Ecomapa

É uma ferramenta utilizada para o mapeamento de redes de apoio, e retrata graficamente as relações familiares e sociais do paciente no momento em que é produzido. Esse instrumento vai se modificando ao longo do tempo, em conjunto com as mudanças do contexto familiar, social e cultural do indivíduo (BRASIL, 2014).

Figura 13. Representação das relações no ecomapa

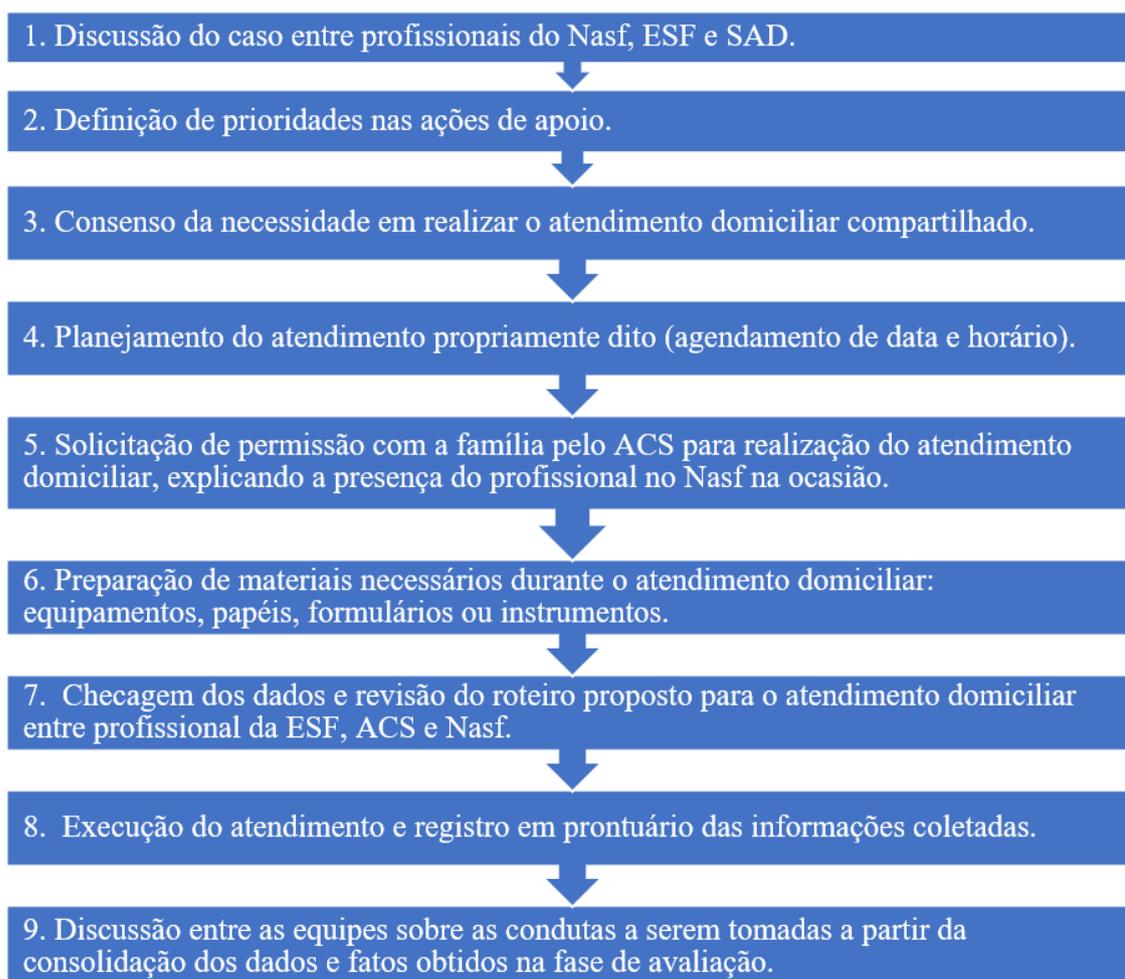


Fonte: Chiaverini *et al.*, 2011; *apud* Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

2.5.1.4 Atendimento domiciliar

Permite aos profissionais acesso ao contexto do usuário. Além de servir como recurso diagnóstico, amplia as possibilidades de intervenção, baseadas na situação particular de cada usuário e/ou família. O atendimento domiciliar pode acontecer de forma compartilhada, na perspectiva da interação entre profissionais da ESF /EAB e do NASF-AB, fundamentada no apoio matricial. O vínculo primário do usuário dar-se-á com a equipe de Saúde da Família, e é justamente a qualidade desse vínculo que determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas (BRASIL, 2014). Outro aspecto importante a ser considerado nesse tipo de intervenção é que os profissionais do NASF ou de equipe multiprofissional equivalente que darão apoio a esse tipo de atendimento, mostrem respeito aos valores pessoais e culturais da família. Para que essa equipe seja aceita dentro do domicílio e possa passar a ter livre trânsito na comunidade, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode se mostrar essencial para consolidar esse processo (BRASIL, 2014). Mesmo não havendo roteiro preestabelecido rigidamente de como deve ser organizado o atendimento domiciliar, é possível determinar, de forma geral, alguns aspectos indispensáveis ao bom andamento de uma atividade dessa complexidade, conforme apresentado na Figura 14:

Figura 14. Roteiro para atendimento domiciliar



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

2.5.1.5 Atendimento Individual Compartilhado

É natural a realização de atendimento compartilhado de pacientes ou famílias entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família e do NASF-AB ou equipe multiprofissional. No geral esse tipo de atendimento representa a primeira oportunidade de conversar diretamente com o paciente. Esse tipo de procedimento permite a discussão do caso antes e após o atendimento e é realizado sempre na presença de pelo menos um membro da equipe da Estratégia de Saúde da Família, um membro da equipe do NASF- AB ou equipe multiprofissional equivalente, o paciente ou seus familiares. O atendimento individual compartilhado pode trazer vários resultados positivos como:

- a) Fortalecimento do vínculo entre o usuário e a ESF e o NASF-AB ou equipe multiprofissional equivalente;
- b) Ajustar o conhecimento do caso desse paciente por parte do profissional do NASF;
- c) Fortalecer o processo terapêutico por meio da presença de um intercessor externo (BRASIL, 2014).

2.5.1.6 Atendimento Individual Específico

Quando o número de equipes é insuficiente, essa possibilidade deve ser aventada como conduta dos profissionais do NASF. Nesses casos é importante lembrar que precisa ocorrer forte integração entre os profissionais da ESF/EAB e do NASF-AB ou equipes multiprofissionais equivalentes para não prejudicar o processo de recuperação do paciente (BRASIL, 2014).

2.5.2 Integração entre o NASF e a RAS

O NASF-AB ou equipe multiprofissional equivalente é um dispositivo para a superação do modelo de saúde fragmentado, reducionista e tecnicista, influenciando no fortalecimento das redes. Isso porque possibilita o trabalho cooperativo e compartilhado, a articulação de diferentes serviços e equipes profissionais e a valorização do usuário, incluindo-o no processo de produção do tratamento. A organização dos processos de trabalho destas equipes dependerá da necessidade de assistência das unidades de Atenção Primárias. Nesse sentido, pode, por exemplo, focar-se no matriciamento e desenvolvimento de projetos terapêuticos; ou responsabilizar-se por atendimentos compartilhados aos usuários, podendo inclusive atuar em conjunto com outros serviços (BRASIL, 2014; CASARIL, 2018).

O NASF-AB ou a equipe multiprofissional equivalente pode intervir diretamente em conjunto com as equipes de consultório de rua (eCR). Essas equipes multiprofissionais são responsáveis pela ampliação do acesso às populações vulneráveis em situação de rua. Buscam promover a comunicação aberta, o atendimento integral e a articulação de serviços e políticas voltadas para esse grupo. O NASF-AB ou equipe multiprofissional equivalente pode apoiar esse movimento possibilitando integração entre as eCR e a Atenção Básica (Primária), no desenvolvimento dos projetos terapêuticos e na construção de diálogos intersetoriais (BRASIL, 2014).

As academias em saúde são espaços de convivência que objetivam incentivar exercícios físicos, práticas integrativas e de vida saudável. O NASF ou equipe multiprofissional equivalente pode auxiliar nas ações das academias de saúde, potencializando a utilização desses espaços para a promoção do cuidado em saúde, para a criação de grupos de educação em saúde e para o enfrentamento de doenças crônicas, entre outras atividades (BRASIL, 2014).

Os NAFS ou equipes multiprofissionais podem atuar também em conjunto com os CAPS, promovendo articulação dos sistemas de saúde e comunicação intersetorial, estabelecendo fluxos, auxiliando nas discussões de casos e organizando os processos de trabalho. Já o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política que integra saúde e educação com vistas a promover bem-estar e prevenir doenças. Podem também atuar em conjunto com as instituições por meio de ações para grupos específicos, promovendo oficinas e seminários com temáticas pertinentes a cada ciclo estudantil ou com discussões amplas que envolvem a formação social (BRASIL, 2014).

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº. 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nov. 2019. Disponível em: <<https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete ministerial. **Portaria nº 3588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11, de 04 de fevereiro de 2019, que reúne legislação e portarias sobre a Política Nacional de Saúde Mental. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 04 fev. 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/praticas_farmaceuticas_nasfab>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <<https://saude.to.gov.br/atencao-primaria--/cadernos-da-atencao-basica>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica nº 34). Disponível em: <<https://saude.to.gov.br/atencao-primaria--/cadernos-da-atencao-basica>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde**. CHIAVERINI, D. H. *et al.* (org). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

CASARIL, C. M. C. *et al.* **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-Ab)** - Diretrizes e Processos. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. UNASUS - UNIFESP, 2009, 21 p. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

IGLESIAS, A. AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. In: **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. In: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

SILVA, Adriana da. *et al.* **Matriciamento na Atenção Básica: Apontamentos para a III Conferência Municipal de Saúde Mental**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/matriciamento.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

UNASUS. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**. Edufma, 2018. <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10279>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

Capítulo 3 – O Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica a partir do Projeto Terapêutico Singular: fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Tatiana Matias Lopes

Leonardo José da Silva

Paloma Graciano de Carvalho Moura

Javier Ignacio Vernal

3.1 A Atenção Básica e a RAPS

A Atenção Primária à Saúde (APS¹) consiste na principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações são caracterizadas territorialmente, preferencialmente articuladas entre os dispositivos sociais distribuídos por regiões de saúde. Com a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006, enfatizou-se o seu papel como ordenadora do cuidado e responsável pelo vínculo e continuidade, utilizando ferramentas de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, buscando resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território de atuação (BRASIL, 2012).

A partir da Portaria nº 3088, de 23/12/2011, a APS passou a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como objetivo a ação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Ao contrário da tradicional hierarquização entre os níveis de atenção, a RAPS propõe a integração entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, ou seja, busca-se a divisão de tarefas entre os serviços através do compartilhamento do cuidado dos usuários, de modo que toda a rede esteja implicada na atenção a cada paciente. A organização da RAPS se dá em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como seu ordenador, buscando integrar este cuidado específico na APS, urgência e emergência, atenção ambulatorial e hospitalar, além da vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

A reorganização da assistência em saúde mental no SUS visa ampliar as perspectivas das pessoas em sofrimento mental, para além do tratamento em instituições fechadas, ao promover cuidados na própria comunidade, dentro do território, marcados pelo respeito aos direitos humanos. Assim, o olhar humanizado para as pessoas em sofrimento psíquico e mental pautado

¹ Atenção Básica e Atenção Primária em saúde são duas nomenclaturas que se alternam nas políticas de saúde, de acordo com os governos vigentes, mas que referem-se à base - de caráter territorial - da estrutura do SUS em seus níveis de complexidade.

na liberdade e no respeito vem sendo fortalecido, de modo que o modelo de atenção à saúde trouxe a necessidade de novos conceitos e dispositivos de cuidado.

Em uma análise anterior à implementação da RAPS, Gama e Campos (2009) afirmaram que a inclusão da Saúde Mental na APS ainda se mostrava carregada de uma complexidade que, na prática, dificultava a implantação das propostas. Argumentavam que a APS ainda era muito presa num modelo de saúde focado no biológico e no orgânico e possuía dificuldade para repensar o problema do adoecimento na lógica do psiquismo, sendo que a persistência de ainda abordar o fenômeno do sofrimento mental a partir de paradigmas tradicionais resultava em muitas distorções e, na opinião desses autores, numa prática questionável.

Para estes mesmos autores, fazia-se necessário que os profissionais da APS, envolvidos com a saúde mental, rompessem com a visão do normal e do patológico, pois este modo de conceber o processo saúde-doença resultava em práticas estigmatizantes e normalizantes. Em contrapartida, defendiam a necessidade de discutir, nesses contextos de trabalho, a importância da dimensão da subjetividade dentro das questões de saúde, como forma de se aprofundar as reflexões sobre o que se entendia por saúde e suas práticas. Coelho (2013), também defendia que a “clínica”, na maneira como ainda está constituída, focada numa visão de doença e seus impactos biológicos, deveria incorporar uma maior compreensão dos aspectos subjetivos e sociais nas suas práticas de trabalho. Esse olhar crítico sobre o sujeito usuário do SUS deu origem ao conceito de Clínica Ampliada, que alia a necessidade de incluí-lo no processo decisório sobre o seu próprio cuidado, além de viabilizar o equilíbrio entre os três enfoques centrais do trabalho em saúde: o biomédico, o social e o psicológico. Como um dos pilares do processo de humanização, a Clínica Ampliada encontra expressão nas ferramentas que trabalharemos neste capítulo.

Em busca de qualidade de atendimento nestes serviços, bem como da discussão dos profissionais sobre ampliação do cuidado e da atenção integral em saúde mental, mostraram-se necessárias ações que viabilizassem a atenção compartilhada como um instrumento de aproximação entre profissionais da Rede, oportunizando, assim, a construção de um novo modelo de cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, o apoio matricial se destacou como um processo novo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, através da metodologia de construção conjunta, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica que deve promover o compartilhamento de responsabilidades e ações para a produção do cuidado (BRASIL, 2011a). Assim, ao considerar a implantação do matriciamento em saúde mental, deve-se pensar em um processo de corresponsabilização pelo cuidado do usuário, por meio da interlocução entre equipes de saúde mental e equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) - consideradas a referência para o cuidado dos usuários na Atenção Básica - e entre as redes de apoio do usuário, tais como a família e demais pessoas próximas.

A descentralização das ações e serviços, assim como o respeito às singularidades locais, são estratégias fundamentais para a garantia do acesso à saúde. A ênfase em serviços de base territorial e comunitária fortalece o trabalho em rede intra e intersetorial, essencial para a autonomia e liberdade do usuário do SUS, tendo em vista a adaptação regional da política de saúde mental que envolve, também, o apoio institucional, que se dá na articulação entre o cuidado e a gestão da política, pautada numa comunicação sensível às particularidades de cada território.

O cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas que usam substâncias psicoativas, delineado por intervenções capazes de promover novas percepções, experimentações e vivências, é fundamental para a implementação da RAPS. A ampliação do acesso à atenção psicossocial se dá no processo de consolidação do direito à saúde, através da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Assim, a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, por meio do matriciamento e compartilhamento da atenção, são fundamentais para a reorientação das práticas profissionais em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Breve histórico da inserção da saúde mental no território

É um fato que, nas últimas décadas, os cuidados com a saúde no Brasil vêm sofrendo uma série de transformações. A partir da Reforma Sanitária, que culminou na lei 8.080/90, novos modelos de atenção à saúde foram desenvolvidos. O Sistema Único de Saúde – SUS – foi criado enquanto política, através da qual se organizam os serviços e ações de saúde de forma a garantir o direito preconizado na Constituição de 1988 pelos princípios da equidade, da integralidade e da universalidade do acesso à saúde. Cabe ressaltar que tais avanços só são possíveis através de processos de luta e resistência daqueles que acreditam que o direito à saúde não deve estar vinculado à lógica do consumo e de acumulação e reprodução do capital.

Em 1994, com o objetivo político de efetivar a universalidade do acesso à saúde, através da descentralização, implementou-se e difundiu-se o Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente voltado para o atendimento prioritário de cidadãos identificados no Mapa de Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o PSF deixou de ter as limitações de um programa focal, mudou a forma de entender o cuidado em saúde e reorganizou a atenção primária em saúde, transformando-se em Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1997.

Em 2001, a lei nº 10.216 da reforma psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental para o tratamento em serviços abertos de base territorial. (BRASIL, 2001). Este marco na história do cuidado em Saúde Mental atendeu às necessidades prementes de romper com a lógica excludente das instituições manicomiais, que já vinham sendo denunciadas por suas condutas violentas e por sua impossibilidade em promover qualidade de vida para as pessoas atendidas².

Para articular os diferentes serviços do SUS de acordo com seus princípios e diretrizes, foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS. Com o claro objetivo de humanizar o acesso universal à saúde, a PNH tem como método a cogestão e estimula a construção de processos coletivos envolvendo gestores, trabalhadores e usuários no esforço de reduzir relações de poder que reproduzem práticas desumanizadoras, viabilizando, assim, a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

² Para entender as razões da luta antimanicomial, sugerimos assistir o documentário o Holocausto Brasileiro e o filme Bicho de Sete Cabeças.

Uma das principais diretrizes da saúde mental é o trabalho em rede, com muitas similaridades entre os programas de saúde mental e atenção básica. No entanto, Gama e Campos (2009) acreditam que o movimento da reforma sanitária e o da reforma psiquiátrica caminharam de forma paralela, sem integração entre si, mesmo possuindo diversas afinidades. Isso reflete em grandes dificuldades de entrosamento entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as equipes de ESF. O que geralmente prevalece são práticas dissociadas, onde os CAPS cuidam dos casos mais graves e o ESF, muitas vezes sem profissionais com capacitação técnica adequada em saúde mental, precisam responder por uma demanda cada vez mais crescente de sofrimento mental.

Pode-se afirmar que incentivar o cuidado da saúde mental na APS, não significa querer atribuir uma responsabilidade a mais às equipes que geralmente já se demonstram bastante carregadas de afazeres e obrigações, mas reforçar o cumprimento de uma prática que também é legitimada às equipes de saúde da família. Até mesmo porque a saúde mental não está dissociada da saúde em geral (BRASIL, 2013a). Gama e Campos (2009) defendem que existe uma correspondência entre os princípios que regulamentam a reforma psiquiátrica com os princípios que direcionam a ESF, e que muitas propostas que possibilitaram a inovação da ESF, são oriundas da Saúde Mental.

Gama e Campos (2009) realizaram uma pesquisa onde encontraram 49 artigos, publicados num período de dez anos (1997-2007), referente ao tema Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e destacaram que os textos analisados demonstram que diante da expressiva necessidade de investimentos em políticas públicas voltadas à APS, ainda existia uma grande distância do que acontecia na prática, com o que as propostas teóricas sugeriam, pois percebia-se que a implantação da prática da saúde mental acontecia de forma muito lenta e os profissionais existentes ainda estruturavam suas ações basicamente na demanda diária dos seus contextos de trabalho, destinando poucas ações em prevenção e promoção.

Como discute Matuda (2012), para transformar de fato o modelo de atenção em saúde mental é preciso desenvolver ações que reorganizem as práticas das equipes em seus processos decisórios no cotidiano de trabalho. Por isso, afirma a autora, reconhece-se a necessidade de articulação do conhecimento nas equipes de saúde (não apenas o médico) para o aprendizado das dinâmicas relacionais e da interação com o outro (usuário ou integrante da equipe). Por isso a importância de se avançar no domínio do uso das tecnologias leves³ pelos profissionais de saúde, principalmente as de comunicação e interação. Também nesse sentido, Cabral *et. al.* (2011) destacam que a opção por desenhos assistenciais centrados no usuário e em seu território colocam à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado.

Em contrapartida, as assimetrias entre as disciplinas, também poderíamos dizer entre equipes ou serviços, e as dificuldades na comunicação e na demarcação de fronteiras profissionais podem surgir como entraves para a integração. Além disso, a tendência para o individualismo, a ampla autonomia e mesmo as representações dos outros profissionais/saberes na forma

3 **Tecnologia dura, leve-dura e leve** são recursos do trabalho em saúde. A **leve** refere-se às **tecnologias** de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A **leve-dura** diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia. A **dura** é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf

de ameaça favorecem a não comunicação e a posição de “não dividir nada” (VASCONCELOS, 2010). O autor apresenta a reunião de equipe como alternativa ao panorama apresentado, quando conformada como instância de comunicação e discussão institucional.

Com efeito, a rede se refere à importância da interação e da melhoria da comunicação entre os profissionais em seus diferentes serviços pois, quando existe fluxo entre os profissionais, que estabelecem conexões em entre si, forma-se uma rede. Nesse sentido, pensando as práticas diárias de trabalho dos diferentes serviços de saúde, o conceito de matriciamento visa suprir a necessidade de maior fortalecimento e até mesmo de uma melhor efetivação de uma rede de trabalho.

Sendo assim, defende-se a ideia de que os profissionais de saúde não devem atuar de forma isolada, cada um no seu “casulo” ou numa “ilha”, chamada Unidade Básica de Saúde, que compõe um grande “arquipélago”, e este por sua vez, forma o sistema de saúde de um município. Da mesma forma, também se acredita que o usuário do serviço de saúde, por mais “antissocial” que seja, não consegue viver isolado. Sabe-se que, principalmente diante de algum desconforto, seja físico ou mental, as pessoas tendem a buscar ajuda e predomina a procura por serviços de saúde. Nesse caso, destaca-se também a importância de se conhecer melhor os fatores relacionados à busca dos usuários aos serviços de saúde. Cabral *et. al.* (2011) descrevem que as pessoas, diante de uma determinada enfermidade, constroem uma trajetória em busca de tratamento e tal trajetória pode ser denominada de itinerário terapêutico. Para Mângia & Muramoto (2008), o itinerário terapêutico pode ser compreendido como um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. Sua observação pode auxiliar ou subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas, tornando-se fundamental para orientar novos fazeres em saúde.

Essas duas questões: fortalecer o trabalho em rede e ao mesmo tempo compreender melhor o itinerário terapêutico dos usuários atendidos são propostas a serem consolidadas para que se efetue a integralidade no cuidado. Quando não se conhece a realidade de cada usuário atendido, geralmente a tendência é que se ofereça uma atenção, ou cuidado isolado do contexto em que ele vive. O que se aposta, na lógica da atenção integral, é que as equipes de saúde da família repassem o quadro encontrado em cada família, a cada parceiro envolvido, assim como também repassem as necessidades específicas de cada usuário em suas demandas de saúde. Para tanto, faz-se necessário investir em mecanismos de comunicação e interação entre os profissionais de diferentes serviços e também melhor conhecer os fatores que estão envolvidos na busca do usuário pela efetividade do cuidado (CABRAL *et. al.*, 2011; MATUDA, 2012).

A lógica que contempla tais necessidades é a do matriciamento, que se corporifica entre outros instrumentos, no uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), de maneira que tal comunicação transforme-se em uma pactuação pelo cuidado, seja coletivo ou individual. Essa lógica se materializa através de compromissos assumidos por todos os profissionais envolvidos, tanto nos serviços de saúde quanto em outros setores que extrapolam o SUS, bem como pelos atores de outras redes de apoio que podem se implicar nesse cuidado em sua singularidade (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, superar o modelo centrado no biológico e na doença, numa visão unicausal, medicocêntrica, implica na necessidade de se pensar na importância da clínica ampliada. Coelho

(2013), define que os principais aspectos operativos e filosóficos da clínica ampliada, estão pautados nas seguintes perspectivas:

- *Equipe de referência:* caracterizada por um número de profissionais que se responsabilizam pelo cuidado de um número de usuários ou famílias ao longo do tempo, em um determinado território. Deve também possibilitar a responsabilização clínica e sanitária da população que está sendo “cuidada”; o que por sua vez implica na necessidade da formação de vínculos entre usuários e equipes.
- *Equipe de apoio matricial:* oferece retaguarda especializada a equipes e profissionais incumbidos da atenção a problemas de saúde, tanto na própria assistência quanto nas questões técnico-pedagógicas. Deve construir, juntamente com a equipe de referência, as diretrizes e a metodologia do trabalho conjunto.

O que está em jogo é a capacidade de utilizar múltiplas abordagens, compreendendo que só o biomédico é insuficiente. É preciso contemplar campos de conhecimento embasados nas ciências humanas e sociais e mediante a esses diferentes saberes, desenvolver habilidades de trabalhos em equipe, visando auxiliar na construção de autonomias de maneira que o usuário se torne cada vez mais capaz de cuidar de si. Sempre levando em consideração a singularidade de cada sujeito, deve-se priorizar pela elaboração de projetos terapêuticos singulares e consequentemente o desenvolvimento de projetos de intervenção na comunidade.

Ou seja, pode-se afirmar que a APS possui todo um arcabouço teórico capaz de estruturar e fortalecer a implantação da clínica ampliada, mesmo no que se refere a saúde e mental, pois a APS tem conquistado espaço privilegiado no sentido de superar o modelo psiquiátrico ainda hegemônico. Ela atua, portanto, no enfrentamento para se efetivar a desconstrução de uma lógica excludente e isolacionista, caracterizada pelas internações psiquiátricas, proporcionando aos sujeitos melhores condições de circulação social, na medida em que não priva o usuário do seu cotidiano no território (DIMENSTEIN, *et al.*, 2005).

Passemos, então, aos conceitos centrais que direcionam o olhar para essas novas práticas.

3.3 Matriciamento

O processo através do qual se integra a saúde mental e a APS é conhecido como Matriciamento ou Apoio Matricial (AM). O matriciamento, nesse íterim, se apresenta como modo de produção de saúde de forma compartilhada por duas ou mais equipes.

Aqui cabe entender a etimologia do termo. Matricial, relativo a matriz, na sua acepção matemática, indica um conjunto de números que guardam relação entre si e alcançam as mesmas somas, contados a partir de qualquer ângulo. E é justamente esse o modelo que se busca, um modelo de atenção à saúde que fale a mesma língua em todos os pontos da rede e que mantenham uma relação horizontal entre si, não apenas vertical como costuma acontecer em serviços de saúde (CAMPOS, DOMITTI, 2007)

Matriciar, neste sentido, deve proporcionar retaguarda especializada de assistência à saúde, suporte técnico-pedagógico, vínculos interpessoais e apoio institucional, todos durante o processo de construção coletiva dos projetos terapêuticos junto à população. Importante notar

que este movimento se diferencia de uma simples supervisão técnica, vez que o matriciador participa ativamente do projeto terapêutico (BRASIL, 2011a).

A crítica de que os serviços funcionam de forma hierarquizada quando um serviço encaminha a demanda para outro serviço, deixando de se responsabilizar pelo usuário, deixa de fazer sentido na lógica do matriciamento. A horizontalidade das decisões no modelo matriciador organiza as equipes envolvidas, com a finalidade de compreender o usuário de forma ampla, o que diminui burocracias e entraves. Os movimentos de referência e contrarreferência deixam de ser tão necessários, além de haver integração de saberes e decisões (BRASIL, 2011a).

Reunir equipes para discussão de casos é prática mais ou menos comum em diversos serviços de saúde e não nos cabe tirar o mérito deste movimento, mas falar em matriciamento pressupõe regularidade, alteração das estruturas assistenciais e de gestão, de modo a alterar a lógica de funcionamento destes serviços (CAMPOS, 1999).

No processo de matriciamento, diferente do que acontece no movimento de reuniões de equipe, todo o grupo de trabalhadores participa ativamente da construção dos projetos terapêuticos. É muito importante a compreensão deste ponto porque as antigas formas administrativas tendem a reproduzir um conceito de produção de saúde que já não atende mais a compreensão de saúde atual. Além disso, a organização e o funcionamento das unidades tende a se adequar à hegemonia de uma ou outra especialidade, normalmente a médica. Desta forma, a horizontalização das demandas e atribuições aspira tornar mais justa e adequada a distribuição de responsabilidades, o que, em tese, deve refletir na produção de uma nova cultura organizacional e gerencial da assistência à saúde.

A simplicidade do conceito de matriciamento não traduz sua potência para transformação na assistência à saúde, tampouco os entraves que se apresentam aos profissionais que operam sob essa lógica. A expectativa é de que o matriciamento proporcione retaguarda especializada, suporte técnico-pedagógico, apoio institucional e vínculo interpessoal no processo de construção dos recursos terapêuticos junto à população.

No entanto, após mais de 10 anos de implantação nas redes de saúde ainda há falta de dados que permitam verificar sua consolidação e efetividade (TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS, 2019). Os entraves são muitos e de diversas ordens e não se mostram apenas para equipes que passaram a adotar o apoio matricial a pouco tempo, mas também em equipes que atuam de forma matricial há anos.

Desde 2003 o Ministério da Saúde brasileiro tem utilizado este arranjo como modelo de inserção da saúde mental na atenção básica com objetivo de aprimorar as redes de saúde dos municípios (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009).

A definição das tarefas de cada um nas equipes de saúde é uma discussão antiga, assim como a definição de quais usuários “pertencem” a APS e quais precisam ser atendidos na atenção especializada. Não é estranho que esta mesma dificuldade apareça na lógica do apoio matricial.

A pergunta que se deve fazer é a seguinte: que tipo de usuário pode se beneficiar das interações do apoio matricial? Esse questionamento se insere numa concepção de clínica ampliada e não mais no modelo clássico de consultório de profissional especializado (BRASIL, 2011a).

Outra dificuldade comumente encontrada é a inviabilidade de execução do matriciamento por falta de recursos, como locais adequados para as reuniões de equipe e atendimento aos

usuários ou a insuficiência de profissionais. O que se percebe nos relatos é que as equipes, tanto as de referência quanto as de apoio matricial somam as demandas de matriciamento às rotinas já existentes, sobrecarregando os profissionais e fazendo com que nenhuma das atividades seja executada com efetividade (TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS, 2019). Isso se deve quase que unicamente porque falta ainda aos gestores a compreensão de que a lógica do matriciamento passa necessariamente pela construção de redes, de contatos, que precisam acontecer, seja de forma virtual ou presencial. E para que isso aconteça é imprescindível que estes mesmos profissionais convivam e tenham disponibilidade para trocas constantes. É necessário que o profissional “integre organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência” (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p. 404).

A criação de uma rede talvez seja a melhor forma de falar do resultado do matriciamento para a gestão da atenção à saúde primária, vez que é algo que

[...] entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção (BRASIL, 2011a, p. 199).

O matriciamento é um exercício de rede onde a estratégia de saúde da família e/ou NASF⁴ (se ainda existir) ou outro serviço de apoio matricial constroem projetos terapêuticos, incluindo qualquer ator da rede que seja necessário para dar conta das demandas de um caso (BRASIL, 2011a).

Na lógica hierarquizada, um usuário com demandas de saúde mental buscaria sua unidade básica de saúde e seria encaminhado para um serviço de maior complexidade, como um CAPS. Neste outro serviço a demanda seria acolhida ou devolvida à atenção básica. O usuário, em cada um dos movimentos seria ouvido rapidamente, tendo de contar e recontar sua história, dinâmica de vida e demandas, além de reviver continuamente seus sofrimentos, sem ter sido verdadeiramente acolhido.

Numa lógica de matriciamento o usuário seria prontamente acolhido, a equipe de estratégia de saúde da família faria a coleta do máximo de informações sobre o usuário, suas vulnerabilidades e potencialidades. Conjuntamente com a equipe de apoio matricial as demandas seriam pensadas de forma a dar resolubilidade às necessidades, escolhendo referências para o usuário de forma a possibilitar a criação de vínculos com potencial transformador.

As dúvidas sobre o delineamento da prática e estratégias para o matriciamento, a falta de conhecimentos e habilidades específicas para o trabalho, além de coordenação dos casos e seguimento longitudinal, se apresentam como entraves para o bom trabalho do matriciamento (TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS, 2019).

Talvez a falta de clareza epistemológica do que vem a ser o matriciamento e a falta de posicionamento dos profissionais frente às demandas organizacionais seja o fator que mais atrapalha a prática do apoio matricial. Para lutar contra este problema além de realizar

4 O NASF foi idealizado com o objetivo de executar o apoio matricial, mas o apoio matricial não é executado somente pelo NASF, sendo também frequentemente ofertado pelos CAPS.

[...] investimentos maciços na formação de profissionais da saúde que trabalharão segundo a lógica desse cuidado, incluindo mudanças nos currículos de graduação e de residência, é necessário que se estabeleçam ações de educação permanente para capacitação de profissionais já inseridos nos serviços (TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS, 2019, p. 12).

Ou seja, o apoio matricial se configura como um processo dialético que envolve, ao mesmo tempo, cuidado em saúde e educação permanente, gestores, trabalhadores e usuários, construindo coletivamente, através de tecnologias leves, concomitantemente, um campo de produção de conhecimento e de práticas humanizadas.

Passemos para um posicionamento um pouco mais detalhado de como se organiza o matriciamento e suas equipes de trabalho.

3.3.1 Apoio Institucional Para Novos Arranjos de Cuidado

Quando falamos de matriciamento fica muito clara a necessidade de mudanças na forma da gestão e organização das estruturas, tanto físicas quanto virtuais e de processos de manejo dentro das diferentes unidades de saúde. Por isso, nesse momento cabe situar quem é este ator de mudança, vez que se trata o corpo gestor enquanto um “algo”, quando na verdade se trata de um “alguém”, quase sempre ator político, responsável por várias das diretrizes de saúde de uma região ou município e que está diretamente ligado às concepções de saúde vigentes e tão responsável pela mudança quanto profissionais e usuários.

Apoio Institucional na lógica do matriciamento se refere a todos esforços empreendidos pela gestão para dar conta das demandas levantadas pelas equipes de referência e de apoio matricial. O apoio institucional surge para dar maior substancialidade à necessidade de inversão de ordem organizativa dos serviços, vez que a equipe de referência passa a ter maior valor, como ordenadora do cuidado, sendo a iniciadora da maior parte das atividades de cuidado.

Mas além disso, é necessário que os órgãos gestores se empoderem da lógica do matriciamento e operem no sentido de alterar estas estruturas organizativas de forma continuada, e não pontual. A implantação de programas, cursos, ferramentas e outros instrumentos costumam tomar tempo do gestor e dinheiro dos cofres públicos com fins de torná-lo deveras viável, mas apenas são válidas desde que estas mudanças se tornem algo constante nos serviços (CAMPOS, 1999).

Talvez o tema mais importante quando tratamos do apoio institucional seja o de viabilidade, dando conta dos obstáculos estruturais para sua execução. As mudanças estruturais que se espera para que o matriciamento aconteça de forma efetiva iniciam e se mantêm na alteração das estruturas de gestão. Mas, além disso, vez que toda gestão da política de saúde deve operar de forma descentralizada e coparticipativa,

Essa modalidade de apoio tem o intuito de apoiar e cooperar no processo de implementação das políticas governamentais de saúde. Vale ressaltar que, nesta conformação, há forte tendência à rigidez dos papéis de apoiador e de apoiado, correndo-se o risco de se tornar um processo unilateral (SOUZA, 2016, p. 34).

Dessa forma, apesar de iniciador do processo de matriciamento, o gestor deve se mostrar aberto e flexível. A reformulação dos mecanismos de gestão perpassa pelo apoio institucional, cuja funcionalidade se dá na ativação de espaços coletivos e no exercício de mediação política.

O trabalho do apoiador desdobra-se em conectividade e solidariedade, uma vez que a sua formação se dá na realização de suas tarefas cotidianas, no trabalho vivo, que não separa a clínica da gestão. Um de seus objetivos é a superação da lógica da disciplina e controle. Propõe que se amplie as atribuições da atenção básica na gestão de modo a envolver as equipes nos processos decisórios que incidem diretamente na promoção da saúde, prevenção de riscos e minimização das doenças e agravos à saúde da sua população (REIS *et al*, 2016).

Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes tendo em vista a viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; além de mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos (SOUZA, 2016).

O apoiador não é simplesmente um consultor, que palpita sobre o trabalho e diz das mazelas do grupo; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, se apresentando como um “fora dentro incluído”, alguém que atravessa o grupo não para feri-lo, ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde (BENEVIDES, 2004, p. 275).

Alguns princípios podem direcionar o trabalho do apoiador institucional (BARROS, 2014):

- Ter a gestão da saúde feita de forma coparticipativa permite que o apoiador aprenda que a realidade da saúde mental na APS não se resume ao visível e ao dito, tampouco os fatos conseguem expressar a realidade de forma integral, vez que são as relações, muitas vezes não clareadas, que tornam rico o trabalho com seres humanos;
- Trabalhar como apoiador implica aprender a lidar com ritmos e velocidades variadas, é necessário aprender que há sempre um tempo oportuno para as mais variadas intervenções em saúde;
- A função de apoio só se estabelece com um posicionamento institucional favorável, que deve ser dinâmico, fluído e mantido desta forma permanentemente;
- Apoiar institucionalmente depende diretamente dos arranjos organizacionais, que devem ser mais ou menos estáveis e que permitam e sustentem os posicionamentos do apoiador;
- Por último, estar nesta função exige preparo para lidar com situações paradoxais, suportar incômodos, conviver e cartografar formas para produzir e apreender o novo.

3.3.2 Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial

Equipe de referência e de apoio matricial são, concomitantemente, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realização da clínica ampliada e a integração dialógica entre as diferentes especialidades e profissões. Esta metodologia visa assegurar maior eficácia e eficiência para o trabalho em saúde (CAMPOS, 1999).

As mudanças esperadas para a ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde estão diretamente ligadas à instituição de novos padrões de relacionamento entre profissionais e usuários. Dito isso, justifica-se uma nova forma de organizar os serviços de saúde sob a prerrogativa de que a instauração de condições específicas dentro das instituições objetiva mudanças em igual direção.

Com a lógica do matriciamento se espera um novo sistema de referência entre profissionais e usuários. Um serviço seria organizado de acordo com a composição de equipes básicas de referência, selecionadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, características locais e disponibilidade de recursos. Tentando sempre montar equipes multiprofissionais (CAMPOS, 1999).

É muito importante perceber que este dispositivo altera a tradicional noção de referência e contrarreferência dos sistemas de saúde. Ao utilizar um serviço matricial o usuário não deixa de ser usuário de sua equipe de referência. Dessa forma, a lógica dos encaminhamentos dá lugar ao desenho de projetos terapêuticos executados não apenas por uma equipe de referência, mas por todo um conjunto de trabalhadores. Contudo, a responsabilidade principal não deixa de ser da equipe de referência (CAMPOS, 1999)

Numa unidade básica se pode montar equipes específicas para determinadas faixas etárias ou condições de saúde da população, conforme disponibilidade e possibilidade, ou separar por territórios, atendo-se à melhor escolha para atenção aos usuários. Este conjunto de profissionais será a equipe de referência de um determinado grupo de usuários, separados por critérios territoriais ou não (BRASIL, 2004).

No SUS as equipes da ESF funcionam como equipes de referência interdisciplinares, que têm, além do atendimento especializado, a responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal (BRASIL, 2011a). A função destes profissionais não é tão somente a gerência dos casos que estão sob sua responsabilidade, mas também a elaboração e aplicação do projeto terapêutico singular (CAMPOS, 1999).

A equipe ou profissionais de referência são aqueles encarregados de conduzir os casos individuais, familiares ou comunitários. Procura-se também a ampliação das possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Por condução se deve entender a atenção dada aos casos ao longo do tempo, de forma continuada e longitudinal (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Estes são os profissionais responsáveis pela atenção integral à saúde de sua população adscrita, cuidando dos aspectos de saúde, elaboração de planos e requerendo auxílio das equipes de apoio matricial quando as demandas extrapolarem suas possibilidades (CAMPOS, 1999).

A gestão interdisciplinar do trabalho em equipes de referência depende de uma gama de instrumentos operacionais. Para uma clara definição das responsabilidades sanitárias e ampliação

da construção de vínculos, é imprescindível dispor de uma metodologia para a adscrição dos usuários referenciados. Cada equipe deverá ter um registro e cadastros dos casos sobre sua responsabilidade. Será o manejo e compreensão dos dados deste cadastro que permitirá melhor avaliação de riscos, potencialidades e vulnerabilidades, identificando aqueles que demandam mais atenção e elaboração de projeto terapêutico singular, avaliação ou revisão do mesmo (CAMPOS, 1999).

Importante lembrar que os técnicos das equipes de referência não têm obrigação de dar conta de todo trabalho, isolando-se dos demais. Mas pelo contrário, a equipe deve acionar o apoio de outros profissionais e outras equipes de acordo com o entendimento que for adquirindo sobre o caso. Mas reforçamos que a equipe de referência é a ordenadora deste cuidado e principal responsável pelo desdobramento do projeto terapêutico. Para facilitar este impasse e saber qual a melhor forma de ofertar cuidado dentro das equipes sugere-se que se disponha, no modelo de uma matriz organizacional, os profissionais de referência, verticalmente; e na horizontal os diferentes profissionais da rede, de modo que se visualize as devidas atividades e procedimentos oferecidos por cada um deles (CAMPOS, 1999).

A estruturação na matriz organizacional não deve servir para saber a qual profissional encaminhar cada uma das demandas, mas para que haja maior compreensão das disponibilidades da rede. Lembrando que as decisões nunca devem ser unilaterais, dessa forma, além das equipes de referência, também os usuários devem ter acesso a todas as informações e responsabilidade pelas decisões tomadas.

O auxílio é proveniente do apoio matricial, que é distinto dos atendimentos feitos pelos especialistas da unidade de saúde, vez que deve ser um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe de referência interdisciplinar de saúde para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Pode ser feito por profissionais de diversas áreas especializadas (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2009).

O apoiador matricial deve possuir um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência que venha a agregar aos recursos já existentes e contribuir com intervenções que maximizem a resolutividade dos problemas de saúde da equipe de referência. “O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores” (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p. 401).

Dar apoio se baseia no cuidado colaborativo entre a equipe de matriciamento em saúde mental e a equipe de referência, tornando-se um método de organização do trabalho, disposto de forma horizontal, compondo e modificando a organização e a gestão do trabalho, chegando às vias de proporcionar ampliação do acesso da população aos serviços, na forma da clínica ampliada, possibilitando o estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais, matriciadores ou de referência, bem como os serviços (CAMPOS *et al*, 2014).

O contato entre as diferentes equipes de referência e de apoio matricial pode ser organizado de diversas formas, mas há duas maneiras básicas para o diálogo entre elas. Num primeiro momento pode haver a combinação de encontros periódicos e regulares (semanais, quinzenais, mensais...). Nestas reuniões se discutem os casos ou os problemas de saúde dos usuários selecionados pela equipe de referência, procura-se elaborar projetos terapêuticos e firmar linhas de intervenção entre os profissionais envolvidos. Em um segundo momento, além dos encontros

periódicos, para casos que exijam maior celeridade sob pena de prejuízo para o usuário é recomendável que os profissionais de referência acionem o apoio matricial, seja pessoalmente, via telefone ou outro recurso, o que deve ser, preferencialmente, previamente acordado (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Na prática a equipe de apoio matricial deve operar como responsável pelo “atendimento” de duas demandas: a dos próprios usuários e a da equipe de referência. Isso porque o objetivo de construir autonomia para o cuidado em saúde mental ofertado para os usuários é também válido para as equipes de referência. Trata-se de um processo de mútuo ensino e aprendizagem entre equipes e usuários. Uma equipe de apoio matricial pode, por exemplo, tanto ofertar um seminário sobre manejo de crises para familiares de pessoas com sofrimento mental, quanto para os demais profissionais dos serviços (BRASIL, 2004).

As equipes relatam que a utilização do apoio matricial desmistifica o transtorno mental dentro das unidades de saúde diminuindo o distanciamento entre os profissionais da atenção primária e da saúde mental, melhorando, inclusive, o acolhimento de pessoas com esta demanda (DANTAS, PASSOS, 2018).

A execução do matriciamento pode ser auxiliada por diversos instrumentos, tendo o Projeto Terapêutico Singular centralidade no processo de produção de saúde. Outros instrumentos são (BRASIL, 2011a):

- Interconsulta: caracterizada por uma ação tomada de forma colaborativa entre profissionais de diferentes áreas de formação, e pode ser de uma simples discussão de caso por uma parte da equipe ou por toda ela.
- Consultas conjuntas de saúde mental na atenção primária: objetiva dar conta de demandas dos usuários por meio de atendimentos que combinam diferentes profissionais, oportunizando elementos de atenção com características pedagógicas.
- Visita domiciliar conjunta: muito parecida com a consulta conjunta, e consiste em visitas domiciliares a usuários que tenham dificuldades de locomoção ou se recusam a comparecer e não podem ser atendidos na unidade de saúde.
- Contato a distância: consiste na utilização de tecnologias para comunicação entre os diferentes profissionais. Alguns profissionais têm dificuldades em utilizar tecnologias para aprimorar a comunicação, tanto com os demais profissionais, quanto com os próprios usuários. Como exemplo temos: aquisição de telefones celulares para as unidades de saúde, criação de grupos de *Whatsapp* de profissionais e usuários ou simples trocas de mensagens com essas pessoas, utilização de chamadas de vídeo entre outros.
- Genograma: consiste na organização das informações familiares dispostas de forma gráfica, contendo, além das relações, problemas médicos e o histórico do usuário.
- Ecomapa: serve para avaliação de relações familiares, complementando o genograma. Poder ser visto como uma visão gráfica do sistema ecológico de uma família, aponta padrões organizativos e suas relações com o meio.

3.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O projeto terapêutico singular (PTS) é a principal ferramenta em torno da qual se organiza o cuidado em Saúde Mental. Trata-se de uma ferramenta complexa, uma vez que sua construção deve ser compartilhada entre os diversos atores envolvidos no caso, que por sua vez “pode ser um indivíduo, uma família, uma rua ou praticamente toda uma área de abrangência” (BRASIL, 2011a. p.21). Dentro do projeto terapêutico singular podem ser utilizados outros instrumentos do processo de matriciamento, tais como os que abordaremos ao detalhar as etapas de construção do PTS.

Embora seja operacionalizado com frequência nos serviços especializados em Saúde Mental, por sua complexidade o PTS não é considerado uma ferramenta cotidiana da rotina de trabalho na APS (como o prontuário do usuário, por exemplo). A proposta é de que seja utilizado em casos mais graves ou difíceis. Para coordenar um PTS são necessários disponibilidade afetiva e tempo para organizar e ativar diversas instâncias, o que, entretanto, não impede a distribuição dos casos entre os diferentes profissionais de um serviço. É importante ressaltar que, embora trate-se de uma coprodução, deve existir um profissional de referência, via de regra escolhido pela qualidade de seus vínculos com o caso. Assim, por exemplo, nos casos de sofrimento mental considerado “leve”, mas que se apresente um número significativo em determinado território, pode-se construir um PTS coletivo em uma UBS.

Em cartilha da PNH (BRASIL, 2009), dedicada a esse tema, podemos encontrar várias questões que direcionam a construção do PTS que nos explicitam o quão dialética é a questão do processo saúde-doença. Entram em jogo as concepções de mundo, os modos de subjetivação e os afetos, tanto dos usuários quanto dos profissionais envolvidos. O PTS deve ser construído de forma a buscar resoluções com, e não somente para o outro. Caracteriza-se por uma ferramenta fluida pois seu objetivo é apontar possibilidades e potencialidades que vão se transformando de acordo com o movimento dos agentes envolvidos, tendo sempre em vista que o caminho do usuário ou do coletivo é sempre dele, e cabe a ele apostar ou rejeitar as ofertas das equipes de saúde.

Em toda a literatura técnica que apresenta essa ferramenta, podemos encontrar quatro momentos de sua construção:

3.4.1 Diagnóstico e Análise

Esta etapa contempla a avaliação completa do caso e suas particularidades, levando-se em conta tanto a situação de saúde quanto seu contexto geral. O diagnóstico situacional deve identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda. Neste momento podem ser usados outros dois importantes instrumentos facilitadores do processo de matriciamento, a saber, o genograma e o ecomapa, já abordados anteriormente. Estes instrumentos permitem valorizar as potencialidades e evidenciar os recursos terapêuticos disponíveis, além de reconhecer o contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, família, grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS.

Também é importante identificar as intervenções já realizadas e seus resultados, não deixando de levar em conta que na elaboração do PTS explicitam-se diferenças, conflitos e contradições. Deve-se indicar os diferentes diagnósticos, condutas medicamentosas e demais prescrições, buscando sempre pactuar os consensos possíveis entre os diversos agentes envolvidos.

Podem surgir também discordâncias a respeito das expectativas em relação aos resultados esperados, que têm potencial de serem esclarecidas com algumas questões: Como gostaríamos que determinada pessoa a ser cuidada estivesse daqui a algum tempo? Como será que ela gostaria de estar? E como seus familiares gostariam que ela estivesse?

Esta etapa é determinante para a efetividade da ferramenta e uma vez estruturado o diagnóstico situacional do caso, parte-se para o segundo momento.

3.4.2 Definição de ações e metas

Este é o momento em que se projetam ações que pretendem impactar o caso em curto, médio e longo prazo, definindo as questões sobre as quais se almeja intervir, traçando objetivos e metas.

As metas de um PTS são orientadas pela PNH. A inserção social, a autonomia e a ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo deve sempre estar em pauta. A operacionalização das metas se dá por meio de uma comunicação sensível e das combinações entre o técnico de referência, os atores e equipes envolvidas e o sujeito do caso. É sempre importante salientar que os objetivos almejados devem sempre levar em consideração as escolhas do sujeito, mesmo que os profissionais envolvidos entendam que existiriam melhores opções.

3.4.3 Divisão das responsabilidades

Neste momento é feita a divisão das competências de cada serviço, equipe e profissional envolvido no desenvolvimento do PTS. Caso ainda não tenha sido pactuado é também nesta etapa em que se define o profissional ou técnico de referência do caso. Reiteramos aqui que esta posição geralmente é assumida por aquele que estabelece o melhor vínculo com o caso e que é sua função coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa cuidada, seus familiares, a equipe de saúde e outras instâncias que sejam necessárias.

Esta divisão de tarefas e responsabilidades deve ser feita de forma objetiva, cabendo ao técnico de referência esclarecer o que vai ser feito, por quem e em quais prazos. Nessa etapa podem ser utilizados os demais instrumentos do processo de matriciamento: a interconsulta, que envolve profissionais de diferentes especialidades; a consulta conjunta, que agrega, ainda, o objetivo pedagógico do apoio matricial, no sentido de instrumentalizar a APS para um manejo de demandas mais específicas; as visitas domiciliares conjuntas e o contato a distância através do uso do telefone e outras tecnologias de comunicação.

3.4.4 Reavaliação

A reavaliação do PTS é conduzida pelo técnico de referência, e deve ser sistemática. Esse é o momento de discussão e reavaliação do caso, revisando as metas e seus resultados, considerando os prazos e as expectativas, o que era esperado e o que foi obtido. O PTS pode passar por reformulação ou adequação quantas vezes se julgar necessário. Deve igualmente contar com a participação de seus diversos atores, mesmo que em frequências diferentes. A reavaliação inclui encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições implicados no PTS. As reuniões de discussão do PTS nas equipes multiprofissionais podem ser regulares, elegendo-se em cada momento aqueles casos com maior demanda.

No Anexo 1 disponibilizamos um modelo de PTS, apenas a título de exemplo. Sabemos que, exatamente por seu caráter singular, o PTS pode e deve contemplar a heterogeneidade de cada contexto em que se constrói, respeitando a diversidade dos casos.

Cabe aqui uma digressão para sublinhar algumas facetas dessa heterogeneidade. Em recente revisão integrativa sobre o uso do instrumento, que contempla estudos tanto nos CAPS quanto na atenção básica, foram identificadas algumas fragilidades na condução desse processo. Dentre elas destacam-se a dificuldade de articulação intersetorial, o descaso com as questões subjetivas decorrentes do contexto social e a predominância das condutas prioritariamente medicamentosas. Em relação às etapas do PTS, somente o momento do diagnóstico situacional foi abordado em todos os estudos analisados. Daqueles que relataram a construção da segunda etapa, os autores observaram algumas divergências com o que o Ministério da Saúde preconiza, tais como ações que se limitam aos encaminhamentos para serviços especializados e a ausência da participação dos usuários. A comunicação entra aqui como um dos pontos mais problemáticos, seja na dificuldade de compreensão das diferentes linguagens dos atores envolvidos ou mesmo nos entraves práticos, tais como fragilidades nos registros e inviabilidade das reuniões intersetoriais. No terceiro momento os autores encontraram relatos em que os técnicos de referência não se estabelecem necessariamente pelo vínculo com o caso, mas com frequência sendo delegado esse papel ao profissional que recebe o usuário na unidade. A falta de clareza na distribuição de responsabilidades e a rigidez das condutas das equipes - com a culpabilização do usuário e práticas fragmentadas dentro das especialidades - também são apontadas. Consequentemente o quarto momento é o que acaba sendo, ainda, o mais difícil de se construir. A falta de regularidade dos encontros se apresenta como o maior entrave (BAPTISTA *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que, quando executada com comprometimento, a prática da atenção compartilhada proposta nesta teorização, encurta e facilita o itinerário terapêutico dos usuários, uma vez que busca romper com a lógica dos encaminhamentos, o que também significa dizer que se traduz na clínica ampliada. Os documentos normativos evidenciam, ainda, o PTS como espaço privilegiado para o desenvolvimento e a consolidação das equipes multidisciplinares, uma vez que para sua construção adequada se faz necessário o estreitamento dos laços e a capacidade de diálogo interprofissional. O PTS também oportuniza o reconhecimento e a valorização de diferentes categorias profissionais que se alternam no protagonismo das metas e ações propostas, além do desenvolvimento e diversificação dos recursos disponíveis para a oferta do cuidado (BRASIL, 2009).

3.5 Considerações Finais

A mudança de paradigma para o cuidado integral das demandas de saúde mental ainda precisa percorrer um longo caminho no trajeto da reforma psiquiátrica (SALVADOR, PIO, 2016).

Sabe-se que as transformações necessárias para a efetivação do matriciamento em saúde mental no SUS ainda precisam vencer muitos desafios, que vão desde as mudanças na forma da gestão da política de saúde até a especialização dos profissionais que atuam nos diferentes serviços.

Mas, devemos lembrar que a mudança paradigmática almejada não é obra do acaso ou tempo, senão resultado da incansável luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental (CAMPOS, 1999), luta travada tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, seus familiares e aliados.

Mesmo com todos os desafios, quando se analisa a prática do matriciamento, a partir de pesquisa com profissionais nas equipes de referência e de apoio matricial, percebem-se mudanças na forma como se organiza o cuidado em saúde mental na APS, mas não sem verificar que ainda existe animosidade entre gestores e trabalhadores do sistema (IGLESIAS, AVELLAR, 2019).

Algumas pesquisas apontam que há entendimento das equipes de referência de que o cuidado em saúde mental pode sim ser feito na atenção básica, próximo de suas famílias, local mais propício para se trabalhar a reinserção social e a desinstitucionalização (IGLESIAS, AVELLAR, 2014). Um prognóstico muito bom quando consideramos que 20% dos atendimentos prestados na atenção básica estão relacionados com alguma queixa de sofrimento mental, mas apenas 3% destas demandas são de transtornos severos, mostrando que a resolubilidade da rede básica pode se apresentar diante de demandas recorrentes (DANTAS, PASSOS, 2018).

Não podemos negar que os desafios ainda são muitos, que muitos gestores ainda não entendem que a lógica do matriciamento urge pela horizontalização das estruturas organizativas, que as equipes de referência e de apoio matricial ainda atuam de forma hierarquizada em alguns serviços e que a prática dos encaminhamentos desresponsabilizados ainda existe mesmo em equipes que trabalham sob a lógica do matriciamento.

Quando tratamos das dificuldades para implementação da lógica de matriciamento expusemos que se trata de uma nova forma de pensar a assistência em saúde e todo seu modelo de gestão, questionando paradigmas e muitas concepções embebidas em conceitos puramente cartesianos e biomédicos.

Os obstáculos podem ser estruturais, vez que nem sempre existe uma definição clara do papel de cada serviço ou apoio institucional suficiente para que os encontros aconteçam. O apoio matricial demanda compartilhamento dos casos e corresponsabilização no cuidado, mas a ausência desses passos desintegra a rede e mantém a distância entre os profissionais, matriciadores e os usuários, perpetuando a lógica do encaminhamento. Por obstáculos estruturais também se entendem as dificuldades de permanência ou locomoção entre os diferentes serviços, materializados na falta de transporte, rigidez de horários e intransigência burocrática (TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS, 2019).

Uma possibilidade que se abriu a partir das dificuldades decorrentes da pandemia mundial de COVID-19, é a utilização dos encontros virtuais. Esse recurso pode ser utilizado como facilitador das reuniões intersectoriais, ajudando a vencer barreiras como limitações de espaço físico adequado e a distância entre os atores.

Outro ponto que exige atenção é um questionamento ético sobre a circulação das informações dos usuários atendidos, uma vez que mais pessoas passam a ter acesso aos registros de cada um dos integrantes da família. Deve-se questionar: “que aspectos das histórias ouvidas devem ser relatados?”, se “profissionais específicos devem se resguardar de utilizar prontuário compartilhado”, ou ainda se “deve-se ter um prontuário específico para cada profissão e outro compartilhado para toda a equipe”. Talvez a regra seja a medida da resposta para a questão do quão benéfico ou prejudicial pode ser o compartilhamento de uma informação para os demais profissionais das equipes, quanto do vínculo será prejudicado se uma informação vazada colocar o usuário em uma situação vexatória ou constrangedora. A medida, no fim, deve visar o benefício dos usuários (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Nesse momento cabe lembrar que a lógica do apoio matricial pressupõe participação de todos os atores do cuidado, inclusive do usuário, que deverá ter conhecimento do percurso de sua história dentro dos serviços, além de ajudar nas decisões sobre seu projeto terapêutico singular. Dessa forma os possíveis conflitos éticos decorrentes do vazamento ou má interpretação poderão ser minimizados (BRASIL, 2011a).

Deve-se, ainda, considerar o planejamento em saúde no processo de consolidação das políticas da saúde mental, enfatizando-se os serviços comunitários, potencialmente capazes de superar desafios coletivamente. Nesse sentido:

Uma das intervenções mencionadas em um estudo realizado em uma ESF foi o mapeamento dos recursos disponíveis na comunidade, como equipamentos e serviços de saúde, escolas e atividades culturais e esportivas, a fim de incorporá-los às ações e possibilidades de elaboração do PTS, favorecendo a integralidade do cuidado de modo a não restringir a apenas uma dimensão da vida do indivíduo (BAPTISTA *et al.*, 2020, p.6).

Finalizamos este texto relembrando a Carta aos Profissionais de Saúde Mental (BRASIL, 2011a): reiteramos todas as responsabilidades apresentadas até o momento, que o cuidado em saúde mental passa pela longitudinalidade, pela coordenação dos cuidados e pelo acolhimento. Tudo isso assumido por profissionais que já estão em rotinas de longas horas de trabalho, com visitas domiciliares e atividades em grupo, além de todas as outras atividades e burocracias do trabalho da APS.

A demanda de saúde nem sempre é fácil, nem sempre é resolutiva, nem sempre regozijosa, mas a prática do matriciamento vem justamente dar conta desta dificuldade, para ofertar um cuidado em saúde mental que diminui o sofrimento da população.

O desafio, então, é de compartilhar os cuidados psicossociais com os profissionais da atenção básica, como também de atuar em sua formação e suporte. Tal meta, além de possível, é extremamente gratificante, seja pela ampliação dos cuidados àqueles que necessitam, seja pelo trabalho realizado sobre uma lógica interdisciplinar ou, finalmente pela organização da rede de saúde. Vale o esforço e a iniciativa! (BRASIL, 2011a, p. 216-217).

Aos profissionais cabe a força de continuar no enfrentamento para a conquista de espaço, de composição de uma rede, mesmo que nem todos os pontos previstos nas diversas leis e portarias estejam presentes, porque é nesse movimento que tecemos nossa força.

Referências

BAPTISTA, J. Á.; CAMATTA, M. W.; FILIPPON, P. G.; SCHNEIDER, J. F. Projeto Terapêutico Singular na Saúde Mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 2, p. 1-10, 2020.

BARROS, M. E. B.; ROZA, M. M. R.; GUEDES, C. R.; OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1107-1117, dez. 2014.

BENEVIDES, R. B., PASSOS, E. **Clínica, política e as modulações do capitalismo**. Lugar Comum. 2004.

BRASIL. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 2001

_____. Ministério da Saúde. **Equipe de Referência e Apoio Matricial**: série b. textos básicos de saúde. Brasília: Editora Ms, 2004. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). **Cartilha da PNH: Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, 2009.

_____. **Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde (MS). Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* Dulce Helena Chiaverini, organizadora. Brasília: MS; 2011a. [acessado 2021 abr 09].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão Participativa e Cogestão. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 176 p. : il. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 34)

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4422, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

_____; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 983-995, dez. 2014.

COELHO, I.C. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. in: CAMPOS, G.W. S. e GUERRERO, A.V.P (orgs). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. MS/OPAS/UNICAMP, 2013.

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio Matricial em Saúde Mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 201-220, 11 dez. 2018.

DIMENSTEIN, M., S., YALLE, F., BRITO, M., SEVERO., A. K., MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental** [online]. 2005, vol.3, n.5 [citado 2021-04-10], pp. 23-41 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4427.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 129-138, fev. 2009.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009**.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 9, p. 3791-3798, set. 2014.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1247-1254, abr. 2019.

LAURITO, J. A. S.; NASCIMENTO, V. F.; LEMES, A. G. Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental. **Cadernos UniFOA**, 13(37), 115-122, 2018.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MATUDA, C. G. **Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP)**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

REIS, A. P.; ALMEIDA, M. F. A.; ANDRADE, I. M.; DALTRO, E. F. M. APOIO INSTITUCIONAL PARA GERENCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: um relato de experiência. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.L.], v. 40, n. 2, p. 532-542, 17 set. 2017. Secretaria da Saude do Estado da Bahia.

SALVADOR, D.,l B.; PIO, D. A. M. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 111, p. 246-256, dez. 2016.

SOUZA, N. P. **O Apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o caso do estado do rio de janeiro**. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19790/2/ve_Naila_Pereira_ENSP_2016.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, p. 1-18, 2019.

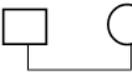
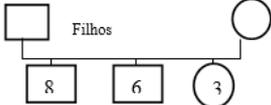
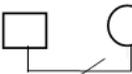
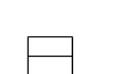
VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [online], v.6, n.1, p. 1-16, 2010.

Anexo 1

INSTRUMENTO - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

1. Identificação

- a. Nome do paciente: _____
 b. DN: _____ idade: ____
 c. Micro área: ____ nº prontuário: _____
 d. Endereço: _____ Telefone: () _____
 e. Genograma e Ecomapa Data da elaboração: __/__/__

	Homem		Casamento	
	Mulher		Separação conjugal	Linha contínua – ligação forte
	Usuário Índice		Divórcio	Linha tracejada – ligação frágil
	Usuário Índice		Gravidez	Ligação conflituosa
	Morte		Abuso de álcool ou drogas	Ligação rompida Ausência de linhas – sem conexão
	Idade dentro		Transtorno mental	Setas: fluxo de energia e/ou recursos.

Fonte: Caderno de atenção domiciliar (2013).

- f. Hipótese diagnóstica: _____
- g. Medicação em uso: _____
- h. Está sendo acompanhado por outro setor? () Sim () Não. Qual? _____
- i. Principais problemas/ agravos identificados:

2. Metas

- Possibilitar a participação do usuário e da família no cuidado.
- Garantir tratamento digno e de qualidade ao usuário em sofrimento mental.
- _____

3. Plano terapêutico:

- () Atendimento individual () Atendimento domiciliar
- () Participação em grupos da ESF/ QUAIS? _____
- () Participação na igreja ou grupos religiosos
- () Atividade física / ONDE: _____
- () Atividades culturais / QUAIS: _____
- () Práticas integrativas complementares / QUAIS: _____
- () _____
- () _____
- () _____

Quadro 1 - Planejamento semanal (definido com o usuário e/ou família)

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

4. Responsáveis

- () Usuário () Familiares () Cuidador (não-familiar)
- () Médico () Enfermeiro () ACS () Dentista
- () Outros membros da equipe

5. Reavaliação mensal

a. Evolução do caso:

b. Avaliações do Plano Terapêutico:
(R) Resolvido (M) Mantido (MP) Mudança de plano terapêutico

c. Próxima reavaliação: _____

Assinatura do paciente:

Assinatura do familiar responsável:

Assinatura do(s) profissional (is):

FONTE: (LAURITO; NASCIMENTO; LEMES, 2018, p.p. 120-122).

Capítulo 4 - Tecendo a Raps em Municípios de pequeno porte

Maísa Melara

Stéphane Santana Da Silva

Leandro Guimarães Garcia

Julia Ayres de Amorim

Thamara Garcia Del Mir

Telminayara dos Santos Sousa Costa

Mônica Costa Barros

4.1 Introdução

Caso gestores do SUS de um município de pequeno porte desejem tecer no seu território ações e serviços públicos de saúde que integram uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), quais seriam os processos necessários para que haja uma implementação intersetorializada? Quais seriam os caminhos a se percorrer para conseguir financiar essa implementação?

Bem, antes de nos aprofundarmos sobre os processos de implementação e financiamento da RAPS, precisamos, primeiro, fazer algumas ponderações acerca da governança do SUS.

4.2. Municípios de pequeno porte e a gestão do SUS

O Brasil possui 5.570 municípios que podem ser classificados conforme o número de seus habitantes. Assim, de acordo com o último censo do IBGE, os municípios qualificados como de pequeno porte I são aqueles com até 20 mil habitantes, o que configura 68,7% do total de municípios brasileiros. Os municípios de pequeno porte II, por sua vez, são aqueles com até 50 mil habitantes e representa uma porcentagem de 19,6% dos municípios nacionais.

Quando a população é de até 100 mil habitantes esse município é considerado de médio porte, o que caracteriza 6,3% do total. Já os municípios de grande porte são aqueles que têm até 900 mil habitantes, sendo sua porcentagem de 5,2%. As metrópoles, por fim, são aquelas com mais de 900 mil habitantes, que corresponde a 0,3% da totalidade municipal do país (IBGE apud SUAS, 2015).

O quadro a seguir exemplifica melhor esses dados:

Quadro 1. Classificação dos municípios brasileiros segundo o IBGE em pequeno, médio, grande porte e metrópole

Municípios	Nº de habitantes	Porcentagem nacional
Pequeno porte I	Até 20 mil	68,7 %
Pequeno porte II	De 20 mil até 50 mil	19,6%
Médio porte	De 50 mil até 100 mil	6,3%
Grande porte	De 100 mil até 900 mil	5,2%
Metrópole	Mais de 900 mil	0,3%

Fonte: Diagnóstico SUAS, 2015. *em relação aos 5.570 municípios

Somados, portanto, mais de 88% das municipalidades brasileiras são de pequeno porte e, devido ao quantitativo de suas receitas, arrecadam recursos financeiros para implementar no seu território somente determinadas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

No mais, outra tipologia dos municípios brasileiros utilizados pelo IBGE é por meio da classificação de suas concentrações urbanas, tendo como variável a localização que o município em questão está em relação com os centros urbanos de maior porte. Esse aspecto tipológico contribui com o objetivo de se construir uma classificação que rompa com a abordagem dicotômica que separa os espaços rurais dos espaços urbanos, uma vez que, a maneira como os municípios se ligam a centros urbanos com maiores ofertas de bens e serviços é um importante meio de qualificação dessas áreas.

Dessa maneira, os municípios que estão a longas distâncias das Regiões de Influência das Cidades (REGIC), ou seja, distante das metrópoles, da capital regional ou centro sub-regional são classificados como remotos. Já os municípios cuja distância é média são classificados como adjacentes (IBGE,2017). Essa tipologia é significativa para compreendermos o atual financiamento da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Assim, para garantir a integralidade, universalidade e gratuidade das ações e serviços públicos de saúde, as municipalidades de pequeno porte remotas ou adjacentes necessitam realizar mecanismos de contratualizações de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) ofertados por municípios maiores. E, de acordo com legislações do SUS, a articulação entre os municípios para a realização dessas contratualizações se dá através da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Para a Portaria nº 4.279/2010 que estabelece diretrizes para a organização da RAS, as ações e serviços públicos de saúde são ofertados em espaços específicos: os pontos de atenção à saúde. Esses pontos de atenção se diferem a partir de seus processos produtivos.

Os Pontos de Atenção à Saúde, portanto, são espaços onde se oferta determinadas ASPS por meio de uma produção singular. Ou seja, espaços diferenciados entre si a partir da densidade tecnológica requerida na sua produção de saúde. E tais densidades tecnológicas é o que estabelece o foco gerencial e racional dos recursos públicos aplicados na saúde.

Os níveis de atenção à saúde primária, secundária e terciária redistribuem essas tecnologias. No caso, a atenção primária é a de menor densidade tecnológica requerida no seu processo produtivo; a atenção secundária de densidade tecnológica intermediária; e a atenção terciária é a de maior densidade tecnológica exigida na sua produção de saúde.

A RAS, logo, possui pontos de atenção à saúde que compõem todos esses níveis de atenção. E como há várias ações e serviços públicos de saúde que são ofertados pelo SUS, para facilitar a gerência dos recursos da saúde, a Portaria de consolidação nº 3/2017 estabilizou a RAS em cinco redes temáticas:

- I – Rede Cegonha (materno-infantil);
- II – Rede de Atenção à Urgências e Emergências (RUE);
- III – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;
- IV- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- V- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), portanto, é uma das redes temáticas do SUS, estruturada a partir de pontos de atenção à saúde que lhe são próprios e também a partir de pontos de atenção compartilhado com toda a Rede de Atenção à Saúde.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), por exemplo, são pontos de atenção à saúde específicos da RAPS. Já as UBS (Unidades Básicas de Saúde) são pontos de atenção em comum com toda a RAS. E assim, da mesma forma que a RAPS, as demais redes temáticas do SUS possuem seus próprios e também compartilhados componentes e pontos de atenção.

Para visualizarmos melhor, o Quadro 2 apresenta quais são os componentes e os pontos de atenção à saúde que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

Quadro 2. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Ampliado de Saúde da Família • Equipes de Atenção Básica para populações específicas: 1. Consultório de Rua; 2. Apoio aos Serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas (AMENT)
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada com leitos em Hospital Geral • Hospital Psiquiátrico Especializado • Hospital Dia
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de Residências Terapêuticas
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Ministério da Saúde. BRASIL, 2017 (adaptado).

Acontece que para os municípios de pequeno porte é inviável financiar todos esses componentes. Por isso, assim como a RAS, a RAPS direciona os municípios brasileiros a organizarem seus serviços em redes regionalizadas de atenção e gestão à saúde, para garantir a articulação e integração entre esses diferentes pontos de atenção que são ofertados em cidades próximas (BRASIL, 2011).

Os municípios de pequeno porte arcam, especialmente assim, com os processos produtivos de nível primário. Porém, isso não significa que esses processos sejam menos complexos por promoverem uma produção de saúde com tecnologia menos densa, muito pelo contrário.

A complexidade da atenção primária ou atenção básica está em enfatizar a função resolutive dos primeiros cuidados sobre os problemas mais comuns de saúde e coordenar os demais cuidados em todos os pontos de atenção da Rede (BRASIL, 2010).

E o modelo de atenção à saúde mental proposto pela RAPS redireciona as ações e serviços públicos de saúde a serem promovidas em conjunto com a comunidade para garantir o direito das pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas que, antes dessa articulação em rede, eram centradas em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011).

Desse modo, os processos produtivos de saúde da RAPS necessitam de densidades tecnológicas tanto de nível primário, quanto de nível secundário e terciário. Porém, os dois últimos estão presentes, sobretudo, em cidades de maior porte.

Portanto, para garantir a integralidade desses processos produtivos, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) ressalta a importância da participação dos gestores municipais nos fóruns de Governança do SUS. E, tanto no que diz respeito ao próprio ente federativo municipal quanto no que se refere a governança intermunicipal, esses fóruns, para o CONASEMS, são de relevante importância para a adequada gestão. Ou seja, a gestão do município necessita ser atuante no Conselho Municipal de Saúde, no Plano Municipal de Saúde e gerir adequadamente o Fundo Municipal de Saúde. A gestão municipal também precisa ter participação ativa na Comissão Intergestores Regional (CIR) da sua Macrorregião de Saúde, levando demandas e absorvendo as decisões do Comitê Intergestores Bipartite (CIB) e do Comitê Intergestores Tripartite (CIT). Por isso, fortalecer a participação intermunicipal da gestão possibilita ao gestor municipal do SUS governança sobre a implementação dos pontos de atenção e sobre as ASPs prestadas sob sua responsabilidade (CONASEMS, 2021).

4.3. Delineamento da RAPS e o cuidado em saúde mental

O delineamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), parte integrante do SUS, estabelece os dispositivos e pontos de atenção para o atendimento das pessoas que apresentem demanda em saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental se propõe a consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela comunidade.

Com isso, as equipes precisam conhecer seus territórios de atuação, seja em âmbito local, municipal, regional ou estadual, identificar parceiros e outros dispositivos que possam compartilhar o cuidado, fazer um levantamento das demandas existentes para traçar as intervenções necessárias. Além disso, podem estimular a participação e corresponsabilização dos usuários no que se refere ao seu processo terapêutico.

Levando em consideração a portaria do Ministério da Saúde, Nº 3.088 de 2011, evidencia-se que o objetivo da RAPS também envolve a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde. A promoção da equidade, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, combate a estigmas, preconceitos e garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar (Brasil, 2011).

4.4. Planejamento do atendimento ao paciente

Ao chegar na Unidade Básica de Saúde (UBS) o usuário passará por um processo de triagem com a verificação dos sinais vitais, sendo este também o momento do acolhimento em formato individual e com uma escuta qualificada para compreender as demandas e necessidades do usuário. Caracterizando-se como a porta de entrada do serviço, ocorrendo através de demanda espontânea, não existindo hora, local ou profissional específico, sendo uma atribuição de toda a equipe. Atrelado a isso, também é importante a classificação de risco que juntos possibilitam a base para a continuidade e encaminhamento do caso.

Abaixo seguem alguns dos fatores que contribuem para o desenvolvimento do cuidado:

- **Acolhimento:** faz parte de todos os encontros realizados nos serviços de saúde, não determina um profissional específico para tal. Foi implementado pela Política Nacional de Humanização (PNH), devendo ser um atendimento singular que considera não apenas questões clínicas ou físicas, mas o contexto social e familiar do usuário.
- **Escuta qualificada:** tida como uma tecnologia leve que envolve o diálogo e possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valorizando suas experiências, atentando para suas necessidades e aspectos do seu cotidiano, baseando-se na atenção, disponibilidade e compreensão ofertadas ao usuário.
- **Classificação de risco:** processo de gestão do risco clínico, ação importante para delinear o itinerário assistencial que o usuário irá percorrer, podendo ser feito com base na anamnese e avaliação das funções mentais do sujeito verificando os níveis de atenção, consciência, comportamento, autocuidado, discurso, pensamento e ainda aspectos da sensopercepção (alucinações visuais, auditivas, etc).
- **Vínculo:** possui grande potencial terapêutico, pois refere-se às relações estabelecidas entre os usuários e os trabalhadores da saúde, envolvendo afetividade e confiança o que pode fortalecer a corresponsabilização do usuário potencializada pelo cuidado longitudinal proposto pela atenção básica.

Após o atendimento inicial de algum paciente na Unidade Básica de Saúde ou na Unidade de Pronto Atendimento, em sofrimento psíquico ou com algum transtorno mental, os profissionais de saúde precisarão construir o projeto terapêutico singular adequado a esse caso. Nesse

projeto terapêutico singular estarão definidos vários parâmetros, tais como, a coleta de informações necessárias para a tomada de decisão de como se dará o tratamento, o período projetado para o acompanhamento do caso mediante o alcance de metas, a divisão de responsabilidades dentro da equipe de saúde responsável pelo paciente além do profissional de referência para o acompanhamento do mesmo durante o tratamento, o tratamento propriamente dito e sua reavaliação. Esse projeto terapêutico singular precisará apontar os possíveis locais de tratamento fora da Unidade Básica de Saúde, abordando os encaminhamentos necessários (para especialistas ou outros dispositivos da RAPS), ressaltando-se a articulação intra e intersetorial. (BRASIL, 2011; SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016).

Alguns estados brasileiros fazem estratificação de risco, a qual utiliza parâmetros para orientar em que nível deverá ocorrer a assistência em saúde. A partir dessa estratificação feita através da avaliação do grau de risco do paciente, o matriciamento, por meio da construção do projeto terapêutico singular, possibilita a integração das equipes, incluindo o contexto de vida, da família e da comunidade do usuário. Nessa conjuntura, a rede de apoio é fundamental, pois é capaz de fortalecer o cuidado longitudinal (BRASIL, 2011). Com isso, alguns resultados significativos vão sendo alcançados, principalmente com relação ao manejo do sofrimento mental.

Para entender como será o atendimento e planejamento singular de cada paciente, deve-se lembrar dos três diferentes níveis de atenção à saúde de acordo com sua complexidade: o primário, o secundário e o terciário (MENDES, 2011).

O Nível Primário, quanto à saúde mental, atua com prevenção de agravos e promoção da saúde, realizando ações que podem abarcar diversos ou todos os serviços. Esse nível de atenção organiza campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtornos mentais, incluindo orientação à população em relação às doenças mentais e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações de portadores de transtornos mentais e familiares. Além disso, também é função do nível primário criar programas de intervenções terapêuticas em saúde mental específicas para a atenção primária, elaborando Diretrizes a serem implantadas conjuntamente com as equipes matriciais (ABP, 2020).

O Nível Secundário é composto pelos atendimentos ambulatoriais. São eles o CAPS e os ambulatórios gerais de psiquiatria ou de equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental (ABP, 2020).

O Nível Terciário é composto por hospitais ou unidades emergenciais psiquiátricas ou especializadas em emergências psiquiátricas, os quais possam atender pacientes que necessitem cuidados intensivos, pacientes crônicos e sem necessidades de suporte clínico do Hospital Geral ou que necessitem internação prolongada (superior a 30 dias). Esse nível promove atendimento em ambiente protegido e com equipe especializada para pacientes agudos com risco de vida ou danos a si e a terceiros, cujo tratamento não é possível ser realizado em serviços de menor complexidade (ABP, 2020).

Um modelo de integração da atenção à Saúde Mental é o descrito pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2020, p. 13):

Município com recursos de baixa complexidade: a) Avaliação e tratamento na atenção primária; b) Triagem e investigação geral; orientação; tratamento farmacológico; c) Encaminhamento de casos complexos para outros municípios

da região com recursos de média/alta complexidade; d) Encaminhamento de casos graves e crônicos para CAPS (reabilitação social).

Município com recursos de média complexidade: Avaliação e tratamento na atenção primária ou no Ambulatório Especializado. a) SAMU com Psiquiatria ou Emergência Psiquiátrica para casos agudos e graves; b) Enfermaria de Psiquiatria em Hospital Geral para quadros agudos com indicação para internamento; c) Encaminhamento de casos graves e crônicos para CAPS (reabilitação social); d) Moradia Assistida para pacientes dependentes e crônicos sem laço social.

Município com recursos de alta complexidade: igual aos de média complexidade mas com presença de Hospital de retaguarda: para cuidados paliativos de longa duração para pacientes com dependência continuada de cuidados paliativos: acamados, sondados, etc.

Uma vez que a demanda em saúde mental é passível de acontecer em todo o território brasileiro, é importante ressaltar que o SUS é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada. Assim, a responsabilidade é compartilhada pelos três entes federativos que tem o dever de da saúde do povo (SANTOS, 2017).

É evidente que um município de pequeno não poderá dispor de todos os aparelhos da RAPS necessários para o acompanhamento de todos os casos de pacientes em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais. Sendo assim, surge a necessidade da adequada estruturação da RAPS nos municípios e nas Regiões de Saúde, no sentido de que os serviços necessários possam ser acessados pelo paciente.

4.5. Regiões de Saúde e a RAPS

A regionalização da política de saúde no Brasil caracteriza-se como estratégia para garantir a organização e oferta dos serviços, acesso, eficiência, redução de custos, diminuir desigualdades, afetar positivamente as condições de saúde e vida da população. A partir das delimitações regionais, os municípios integrantes das regiões de saúde precisam estabelecer um canal de comunicação direta e identificar os municípios de referência para a realização dos procedimentos mais complexos com vistas a superar o modelo fragmentado da oferta de serviços de saúde por meio da ação intermunicipal (MACEDO, ABREU, FONTENELE E DIMENSTEIN, 2017).

Nesse sentido, com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002 e do Pacto pela Saúde em 2006, as primeiras etapas da regionalização começaram a se desenvolver junto a expansão do acesso ao SUS e a valorização do planejamento e coordenação das redes intermunicipais. Tal Norma previu mecanismos para reorganização dos fluxos de referência e contra-referência, permeando a regulação assistencial, ou regulação do acesso às urgências e consultas, caracterizando-se como uma ferramenta de gestão para a promoção da equidade (ALBUQUERQUE, 2011).

Para a constituição e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é necessário a definição da região de saúde, ou seja, a demarcação dos seus limites geográficos e sua população implicando no estabelecimento do conjunto de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. Com isso, as competências e responsabilidades dos pontos de atenção na integralidade do cuidado estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação dos dispositivos (BRASIL, 2014).

4.6 Tecendo a RAPS nos Municípios

O CAPS caracteriza-se como o ordenador do cuidado na RAPS, sendo definido de forma distinta de acordo com o município e seu quantitativo habitacional. Constituindo-se como dispositivo substitutivo às internações psiquiátricas, ao modelo manicomial, oferecendo não apenas a atenção à crise, mas também um espaço de convivência e criação de vínculos, redes que se alarguem para além das instituições, atingindo o território da vida cotidiana dos usuários (CFP, 2013).

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011 o formato do CAPS é variável de acordo com o porte dos municípios. Municípios com até 20 mil habitantes não podem manter um CAPS (isso representa quase 70% de todos os municípios brasileiros). Estes enquadram-se como municípios com recursos de baixa complexidade e ofertarão serviços de atenção à saúde em nível primário de complexidade. Neste caso os aparelhos da RAPS que poderão ser disponibilizados serão apenas aqueles vinculados à Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, NASF-AB, Consultório de rua, apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura). O município também poderá apoiar as iniciativas de Geração de Trabalho e Renda além de Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais no sentido de dar suporte social e econômico ao usuário que necessitar.

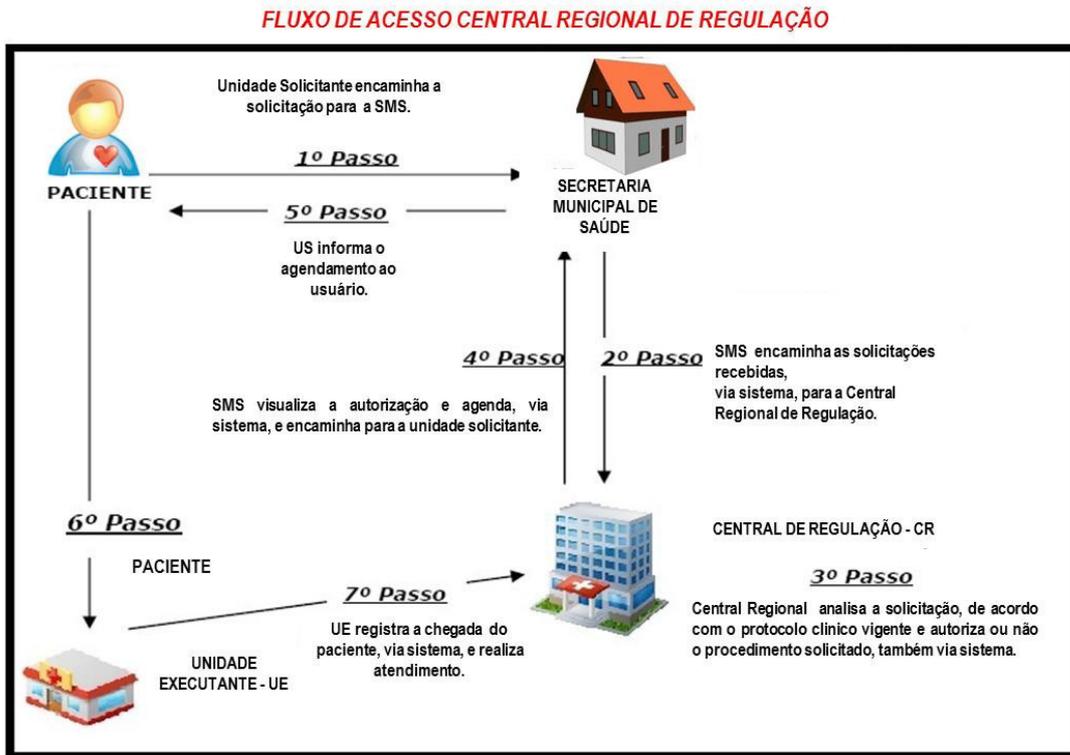
Nessas localidades, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o apoio do NASF, podem programar visita domiciliar, desenvolver ações com base na clínica ampliada, realizando discussão de caso, interconsultas e assim fomentando o conceito de matriciamento. Além disso, faz-se mister a prática da educação permanente, como um processo de ensino-aprendizagem planejado a partir do contexto de trabalho, englobando demandas e dificuldades que surgem no cotidiano das equipes e na condução dos casos em saúde mental.

No Brasil, as distintas estruturas sociais refletem a diversidade dos aspectos históricos, culturais e ambientais, com diferentes estágios de desenvolvimento regional que tornam a organização dos municípios em grupos homogêneos imensamente desafiadora (Calvo, *et al.*, 2016). Diante disso, nos municípios de pequeno porte a rede de saúde não dispõe de todos os dispositivos previstos pela RAPS. Com isso, faz-se necessária a conformação das regiões de saúde e também do fortalecimento, especialmente da atenção primária e da comunicação intermunicipal visando uma atuação em rede e o alinhamento das estratégias do cuidado, bem como o processo de regulação, matriciamento, avaliação e monitoramento das ações.

A regulação da assistência qualifica a demanda e a utilização de recursos financeiros, para disponibilizar o serviço de saúde mais adequado e oportuno ao usuário, de forma racional e equânime baseado nos critérios de priorização dos riscos. Portanto, refere a operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de consultas, internações, procedimentos e

exames, observando também o cumprimento de protocolos estabelecidos (Vilarins, 2010). A regulação da assistência ocorre quando a Central de Marcação recebe a demanda através do sistema de regulação, os reguladores analisam se estão de acordo com os protocolos assistenciais, e respondem para a Unidade Solicitante por meio do teleatendente que informa ao paciente e o encaminha para o atendimento no serviço de saúde de referência (Brasil, 2015). Na figura 15 é possível perceber como esse processo pode ocorrer:

Figura 15. Fluxo de regulação da assistência



Fonte: Brasil (2015), modelo de Pernambuco.

4.7. Implementação dos pontos de atenção da RAPS em municípios de pequeno porte

Os gestores do SUS precisam atentar às cinco fases operacionais para implantar no seu território pontos de atenção à saúde que compõem uma Rede de Atenção Psicossocial.

E essas cinco fases de implantação da RAPS conforme figura abaixo, para serem executadas, requerem alguns processos de gestão que são pactuados nas diferentes instâncias ou fóruns colegiados de governança, uma vez que, a implementação da Rede de Atenção Psicossocial nos municípios brasileiros é de responsabilidade dos três entes federados.

Figura 16. Fases operacionais de implantação da Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: Portaria 3088/2011 – art. 14º.

Ou seja, compete tanto à União, por meio do Ministério da Saúde, quanto aos Estados/DF e Municípios, por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, operacionalizar as fases de implementação da RAPS sob sua governança.

Assim, de acordo com a Portaria nº 3088/2011, o quadro a seguir busca resumir quais são os processos operacionais de implantação da RAPS que cabe a cada ente federado:

Quadro 3. Processos operacionais de implantação da RAPS

Responsabilidade operacional			
Processos para implantação da RAPS	União	Estados	Municípios
Apoio à implementação	X	X	
Implementação	X	X	X
Coordenação do Grupo Condutor Estadual da RAPS		X	
Coordenação do Grupo Condutor Municipal da RAPS			X
Financiamento	X	X	X
Contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão		X	X
Monitoramento e Avaliação da RAPS de forma regionalizada	X	X	X
Monitoramento e Avaliação da RAPS no território municipal			X

Fonte: Portaria 3088/2011 art. 15º.

E esses processos de implementação são operacionalizados nas cinco fases. Fases essas que são importantes para agenciar determinadas ações de gestão de pública, conforme apontamos no Quadro 4.

Quadro 4. Ações para implantação da RAPS por fases operacionais

Fases de Implantação	Ações para implantação
I – Desenho Regional da RAPS;	- Realizar uma Análise Situacional das pessoas da região com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas
	- Pactuar o Desenho da RAPS no Colegiado Gestor Regional
	- Elaborar a proposta do Plano de Ação Regional da RAPS
	- Estimular a instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial
II – Adesão e diagnóstico situacional;	- Apresentar e analisar a RAPS e a Matriz Diagnóstica junto a CIB - Homologar a Região de Saúde inicial de implementação da RAPS - Instituir o Grupo Condutor Estadual da RAPS
III – Contratualização dos pontos de atenção;	- Elaborar o Desenho da RAPS - Contratualização com os entes federados - Instituir o Grupo Condutor Municipal da RAPS no Colegiado de Gestão Regional
IV – Qualificação dos componentes	- Realizar ações de atenção à saúde mental conforme os pontos de atenção da RAPS - Cumprir as metas definidas na matriz diagnóstica para cada componente da RAPS de acordo com o Plano de Ação Regional e o Plano de Ações Municipais da RAPS.
V – Certificação	- A certificação da RAPS será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, em parceria com CONASS e CONASEMS, após a realização das ações de atenção à saúde e avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. Serão desenvolvidas reavaliações de certificação anualmente.

Fonte: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, V

Desse modo, para que os gestores do SUS de um município de pequeno porte possam implementar em seu território pontos de atenção à saúde que compõem a RAPS há a necessidade da compreensão de governança. Essa compreensão exige a análise da situação que extrapola o território municipal, mas que é contínua da sua responsabilidade, isto é, a articulação com os comitês intergestores para se realizar o planejamento, a construção de protocolos, a logística de descolamento dos usuários, e assim por diante.

E para a integração entre os pontos de atenção é imprescindível a contratualização, ou seja, os contratos de gestão entre o município e a região de saúde no qual ele faz parte. Essa pactuação serve para definir as responsabilidades entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço com o objetivo de disponibilizar em tempo útil informações acerca da produção, do desempenho, da qualidade e do acesso aos serviços de saúde. No mais, a contratualização

também é importante para disponibilizar informações acerca dos financiamentos dos pontos de atenção (BRASIL, 2010).

Intercorre que esses pontos de atenção à saúde, a depender do componente que o caracteriza, possuem mecanismos de financiamento próprios conforme veremos a seguir.

4.8 Financiamento da estruturação e da manutenção dos pontos de atenção da RAPS

Para se compreender como acontece o financiamento da RAPS, primeiramente, precisamos entender como se dá a transferência dos recursos federais para as Ações e os Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Bem, o financiamento das ASPS é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e conforme a Lei Complementar nº 141/ 2012 os municípios são obrigados a aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação de seus impostos em ASPS.

Entretanto, sabe-se que os municípios por serem o ente federado incumbido pela execução das ASPS acabam aplicando muito mais que 15% do seu orçamento, enquanto a União vem diminuindo sua participação no financiamento da saúde.

De acordo com a atual legislação dos Blocos de Financiamento do SUS - a portaria nº 828/2020 - os recursos públicos da saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Fundos Municipais de Saúde, em um repasse entre conta correntes bancárias conhecido como fundo a fundo, e para transparência e monitoramento desse processo as contas correntes são dispostas em dois Grupos de Identificação de Transferências:

I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e

II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Assim, os recursos financeiros da saúde, transferidos fundo a fundo, devem ser repassados de forma regular e automática para cada um desses dois Blocos em contas correntes específicas, a partir de critérios estabelecidos no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como a partir do cumprimento de objetivos e compromissos pactuados em atos normativos específicos.

Desse modo, os recursos do Bloco I são destinados à manutenção administrativa das ASPS, ou seja, destinados a financiar suas condições de oferta e continuidade de prestação de serviços, tais como o funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação dessas ASPS e ao pagamento de servidores contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde.

Os recursos do Bloco II, por sua vez, destinam-se a aquisição de equipamentos voltados para a realização das ASPS e as obras de construções novas ou ampliação e reformas de imóveis existentes. Ficando vetados, assim, a utilização dos recursos desses blocos para as questões administrativas.

E para que esses recursos contemporizados sejam repassados, cinco condicionantes precisam ser observados: I - instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária; II - instituição e funcionamento do Fundo de Saúde; III - previsão da ação e serviço público de saúde no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; IV - apresentação do Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde; e V - alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Portanto, é de suma importância os gestores municipais situarem no Plano Municipal de Saúde e nas suas Programações Anuais de Saúde (PAS) os pontos de atenção da RAPS que pretendem implementar em seu território. É através destes instrumentos de gestão que são pactuados a recepção dos recursos financeiros para a manutenção ou estruturação das ASPS.

Já a prestação de contas dos recursos financeiros direcionados ao Bloco I e ao Bloco II, deverá ser realizada por meio de outro instrumento de gestão, o Relatório Anual de Gestão do município.

Os Sistemas de Informações que compõe a base nacional do SUS e que são fundamentais para a solicitação dos recursos de implantação ou de manutenção dos pontos de atenção à saúde são: o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e para o monitoramento das construções dos pontos de atenção o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).

Em 2019 o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira sofreu algumas alterações. De acordo com a Portaria GM/MS n. 2.979, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017 e institui o Programa Previne Brasil, o novo modelo de financiamento de custeio da APS repassa recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais através das seguintes ações detalhadas:

- I - Capitação ponderada;
- II - Pagamento por desempenho; e
- III - Incentivo para ações estratégicas

A captação ponderada é o valor repassado de acordo com o número de cadastros válidos de um município, seguindo as regras de classificação geográfica do município (tipologia dos arranjos populacionais do IBGE), da vulnerabilidade social e do perfil demográfico de seus habitantes.

A Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, traz o detalhamento do quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe Saúde da Família, por equipe de atenção primária modalidade I, de 20h semanais, e por equipe de atenção primária modalidade II, de 30 h semanais, a partir dessas classificações dos municípios conforme o IBGE. Conforme o quadro a seguir:

Quadro 5. Classificação dos municípios brasileiros segundo o IBGE em urbanos, adjacentes ou remotos

Classificação do município pelo IBGE	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de saúde da família	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade I -20h	Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe de atenção primária modalidade II - 30 h
1 - Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2- Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3-Rural Adjacente			
4 - Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5 - Rural Remoto			

Fonte: Portaria GM/MS n. 2.979/2019

O pagamento por desempenho transferido mensalmente, é um incentivo financeiro calculado com base nos resultados de sete indicadores de atendimento das equipes de saúde. Os métodos de cálculo e as avaliações da melhora ou piora nos resultados desses indicadores, conforme a Portaria 3.222/2019, resultarão em mudanças nos valores repassados.

As ações estratégicas, por sua vez, são incentivos que contemplam um conjunto de programas e ações criadas com o intuito de melhorar o cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde. Em relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS) enquanto um dos pontos de atenção da RAPS, vale salientar a existência do Programa Saúde na Hora que oferece incentivos financeiros para implementar horários estendidos de funcionamento das UBS em todo o território brasileiro. Outra ação estratégica muito importante, e que também necessita de destaque é a Requalificação UBS, que propõe uma estrutura física para as unidades de saúde a partir de uma estruturação mais acolhedora e de melhor qualidade.

Pelos novos mecanismos de financiamento da Atenção Primária o repasse dos recursos federais para os municípios deixa de ter um valor fixo. Por exemplo, o financiamento que antes era relacionado ao número de equipes Saúde da Família (eSF) e ao número de equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) credenciados e implantados, passa a ocorrer por número de pessoas cadastradas em cada eSF ou equipe de Atenção Primária (eAP) e pelo desempenho dessas equipes por meio de indicadores pré-estabelecidos

A partir da nova PNAB de 2017, o NASF ou Nasf-AB foi uma das estratégias da APS que sofreu significativo desmonte, sobretudo, depois da instituição do Programa Previne Brasil que revogou alguns instrumentos normativos “dentre os quais as normas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica” (Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS). Essa nota técnica da Secretaria de Atenção Primária, evidenciou, assim, que não mais haverá nenhum tipo de incentivo financeiro por parte do Ministério da Saúde para implantar, credenciar novas equipes ou custear essa estratégia. Ficando as equipes multiprofissionais submetidas, então, ao incentivo financeiro da captação pondera e do desempenho de indicadores.

Em relação aos Centro de Convivência e Cultura necessitaríamos de um capítulo a parte só para descrever a importância desse ponto de atenção à promoção da saúde mental. Entretanto, por hora, nos limitaremos a dizer que nunca houve por parte do Ministério da Saúde uma portaria específica que instituisse os incentivos financeiros para sua implantação e custeio, provavelmente pela natureza intersetorial desses Centros.

Quadro 6. Financiamento da Atenção Primária relativo aos dispositivos da RAPS

	Pontos de Atenção da RAPS	Incentivo financeiro para implantação	Valor mensal de custeio	Incentivo financeiro para construção
Atenção Básica de Saúde	Unidade Básica de Saúde	[Programa Saúde na Hora] USF 60h sem equipe de Saúde Bucal (eSB) R\$ 22.816,00	[Programa Saúde na Hora] USF 60h sem eSB R\$ 22.816,00	[Programa Requalifica] UBS de 153,24 m² até 293,28 m² R\$ 30.000,00 a R\$ 150.000,00 UBS superior a 293,28 m² R\$ 30.000,00 a R\$ 350.000,00 (Portaria 341/2013, Art. 9º, I e II)
		USF 60h com eSB R\$ 31.766,00	USF 60h com eSB R\$ 31.766,00	
		USF 75h com eSB R\$ 59.866,00	USF 75h com eSB R\$ 59.866,00	
		USF ou UBS simplificado R\$ 15.000,00 (Portaria 397/2020 - Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	USF ou UBS simplificado R\$ 15.000,00 (Portaria 397/2020 - Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	
	Equipe Consultório na Rua (eCR)		eCR Modalidade I R\$ 19.900,00 eCR Modalidade II R\$ 27.300,00 eCR Modalidade III R\$ 35.200,00 (Portaria 122/2012, Art. 8º, I, II e III)	
	NASF	Revogado pela NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS e pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.		
	Centro de Convivência	-	-	-

É importante ressaltar que para os municípios de pequeno porte não cabem todos os pontos de atenção da RAPS. Porém, compete aos gestores municipais terem ciência do quantitativo dos incentivos financeiros repassados pela União, pois eles são referentes para atender toda a RAPS. Por isso, em anexo a este capítulo, colocamos quadros que apresentam os valores de manutenção e estruturação dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Assim, esperamos fornecer subsídios para os gestores municipais fiscalizarem os recursos do SUS e também argumentarem em prol da garantia do acesso da população do seu território aos serviços públicos ofertados pelos municípios maiores.

4.9 Intersetorialidade e a Rede de Atenção Psicossocial

Primeiramente, consideramos importante resgatar o conceito de intersetorialidade no que tange ao escopo da política pública. Basicamente, define-se por intersetorialidade a articulação entre atores de diversos setores e segmentos, com saberes diferentes e poderes distintos no intuito de enfrentar e resolver problemas sociais complexos.

O objetivo principal da intersetorialidade deve ser alcançar o enfrentamento global dos problemas sociais, haja visto que, quando tratamos da condição humana sem considerar a integralidade do ser humano, as ações tendem a ser ineficazes e insuficientes.

Trata-se, portanto, de utilizar mecanismos de gestão os quais favoreçam a integração de ações, saberes e esforços de diferentes setores da política pública, estabelecendo e construindo pontos comuns de intervenção.

Muito embora o conceito de intersetorialidade pareça simples de ser definido, sua prática ainda se apresenta como um desafio aos que executam as políticas públicas. Desafio, pois, o paradigma sob o qual paira a execução da política pública é o da fragmentação, da divisão de responsabilidades, em pastas, setores, departamentos e agentes públicos.

A estrutura da política pública é engendrada em mecanismos hierárquicos os quais criam processos, equipamentos e ações autônomas para atender, intervir e solucionar problemas sociais de ordem multifacetada e causas multifatoriais e extremamente complexas, como é o caso, dos problemas e agravos associados a saúde coletiva, naquilo que se denomina campo da saúde mental. Esta configuração aposta numa independência por vezes ilusória ou equivocada, uma vez que, incide sobre fenômenos que demandam intervenções complexas e atenção ampliada a diversos aspectos. É justamente neste ponto que a intersetorialidade se faz imprescindível para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Valemo-nos neste ponto de destacar a definição de Saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.

Como já fora discutido anteriormente, é no território, espaço político administrativo, onde se organiza a rede de atenção psicossocial assim como qualquer outra Rede de Atenção em Saúde. A construção da Rede de Atenção Psicossocial deve ser organizada de maneira pela qual as demandas do território possam ser supridas, assim como o acesso a todos os serviços os quais constituem a RAPS sejam garantidos aos usuários do sistema.

É de suma importância destacar que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estão intrinsecamente relacionados à organização e construção da Rede de Atenção Psicossocial, isto é, universalidade, equidade e integralidade. É sobre estes pilares que a RAPS deve ser pensada, planejada e estabelecida. Lembrando que uma rede de atenção está sempre em construção, não é estanque, justamente porquê o território se modifica com o tempo.

Levando em conta que o conceito, a organização e a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial já foram abordados em capítulos anteriores, cabe aqui a tarefa de contemplar como estabelecer a intersetorialidade nesta Rede.

Neste ponto, relembramos que a articulação com outros setores como Educação, Assistência Social, Ministério Público, Poder Judiciário, Segurança Pública, entre outros já é prevista e preconizada nas diretrizes, normas e orientações sobre a construção da RAPS. Entretanto, historicamente, o que se tem é uma dificuldade significativa instalada neste contexto.

Um dos pontos de entrave mais presentes e de difícil dissolução em diversos municípios do país, com relação a intersetorialidade no campo da atenção psicossocial, se dá entre os agentes da política de Assistência Social e da Saúde, no que tange a definição de competências e responsabilidades pelo cuidado integral dos usuários da RAPS. Este obstáculo é tão presente que já fora apelidado de “empurroterapia”.

Estamos abordando a importância do trabalho intersetorial como ferramenta fundamental para a garantia do cuidado integral dos usuários da RAPS. O olhar fragmentado e os serviços desarticulados não conseguem responder sozinhos frente às múltiplas realidades e demandas, o que acaba em intervenções não resolutivas, além de gastos maiores de recursos.

Sabemos que os usuários dos serviços da RAPS caracterizam-se por sujeitos em amplo sofrimento psíquico, ou com transtornos mentais, leves a severos e/ou com problemas associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Sabemos que esta população sofre cotidianamente com as revelações das questões relacionadas às injustiças e desigualdades sociais em sua realidade e necessitam de uma intervenção baseada na interrelação dos seus problemas.

Não há como dissociar o processo de adoecimento psíquico do contexto social, histórico, político, econômico e cultural de cada um sujeito em sua singularidade. A articulação, portanto, entre as políticas de Saúde e de Saúde Mental deve ser estabelecida com outras políticas públicas como Assistência Social, Educação, Cultura, Esporte e Lazer, Geração de Emprego e Renda, Habitação, Segurança Pública, Promoção da Cidadania, assim como, com a Previdência Social, Justiça e outros Órgãos de Defesa e Garantia de Direitos, e demais setores da sociedade civil.

No entanto, pouco se encontra na literatura e outros materiais disponíveis para pesquisa, exemplos desta prática. Pelo contrário, há uma escassez deste conteúdo. O que nos leva a acreditar que, apesar dos inúmeros avanços na política de saúde mental, desde a instauração da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como afirmamos no início deste tópico, a intersetorialidade ainda se configura como um grande desafio no campo da atenção psicossocial, assim como nas demais áreas da Saúde Pública.

Iremos a partir deste ponto, portanto, apresentar sugestões pautadas na experiência em gestão compartilhada de uma rede de atenção intersetorial, a qual tem apresentado bons resultados.

Primeiramente, é imprescindível definir um grupo de trabalho (gestor), o qual se responsabilizará por mapear o território, realizar um diagnóstico territorial, identificando os serviços, dispositivos e instituições diversas, governamentais e não governamentais, as quais atuam nas diversas políticas setoriais de que o município dispõe.

Feito este levantamento, propõe-se que se estabeleçam espaços de diálogo entre todos os órgãos, serviços e instituições identificadas, através de seus respectivos representantes. Estes representantes podem ser os próprios gestores ou técnicos indicados pelos mesmos. É importante ressaltar que cada representante deve assumir um compromisso de envolvimento, participação e de interlocução, pois este será o porta-voz da entidade que representa, assim como será quem

deverá compartilhar com seus pares as propostas, projetos e decisões a serem tomadas nestes espaços de diálogo intersetorial.

Estes espaços de diálogos deverão ser permanentes, podendo a representação ser alterada sempre que houver necessidade. Embora para a continuidade dos trabalhos, é benéfico que se evite a alternância frequente.

Composto este grupo de trabalho intersetorial, com os devidos representantes de cada pasta, secretaria, órgão e instituições públicas e privadas, o mesmo poderá definir a composição de comitês e/ou comissões e seus respectivos responsáveis (coordenadores, presidentes ou a nomenclatura que desejarem). O mais importante é definir o papel, a função. Que neste caso é a de articulador e mediador.

Compreende-se também como muito importante a participação de representantes dos espaços de controle social, como os conselhos municipais de saúde, assistência social, educação, de políticas sobre álcool e outras drogas, dos direitos da criança e do adolescente, da mulher, da pessoa idosa, entre outros.

Com relação às entidades não governamentais, entende-se que Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI's), bem como, instituições de acolhimento provisórios de crianças e adolescentes (abrigos), entres outros dispositivos, devem ser convidados a fazer parte deste que aqui chamaremos de grupo de trabalho intersetorial da RAPS.

Este grupo de trabalho deverá ser organizado de forma sistematizada, estabelecer objetivos de acordo com as demandas da realidade local de cada município, em consonância, evidentemente, com as legislações vigentes no campo da saúde mental bem como das demais políticas públicas e, sobretudo, com a constituição federal e os princípios que regem a administração pública direta e indireta em qualquer esfera do poder público.

Compreende-se também, que a intersetorialidade requer uma mudança de paradigma, que perpassa por uma modificação da cultura do fazer política pública. Afinal, reunir agentes de diferentes políticas públicas e setores da sociedade civil, para dialogar, debater e propor soluções para demandas e problemas localizados no campo da atenção a saúde mental – o que engloba a prevenção, assistência e a promoção de saúde -, que possuem interface com problemas de outras ordens (como por exemplo: violência, fome, desigualdade social, desemprego, insuficiência ou deficiência de saneamento básico, de segurança pública e transporte, escassez de atividades culturais, esportivas e/ou recreativas entre outros), propõe-se sobretudo, um processo de trabalho transdisciplinar em equipe multiprofissional.

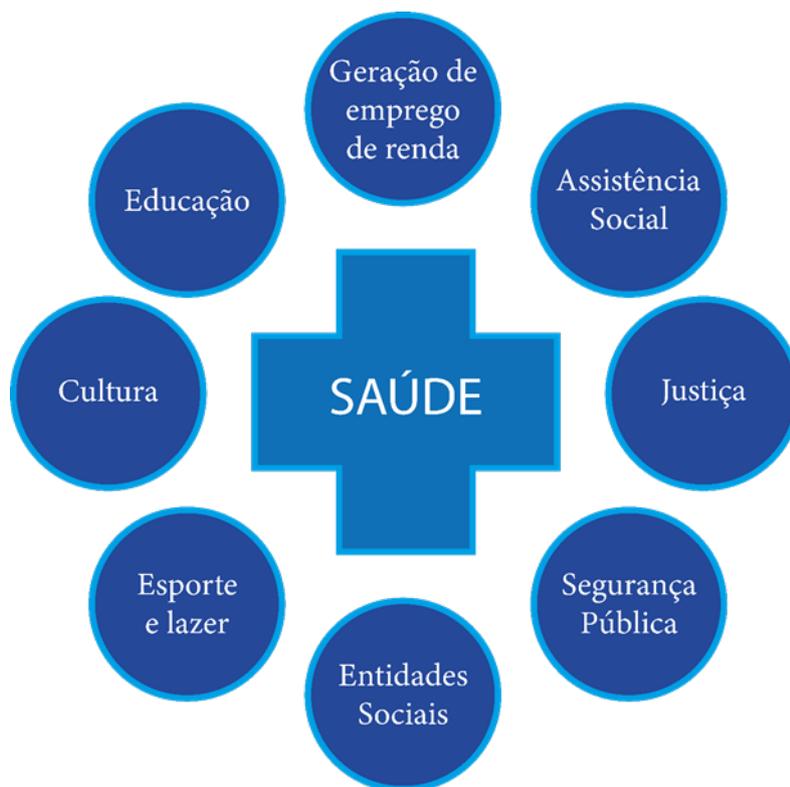
A transdisciplinariedade não é a simples troca de saberes distintos, mas a complementação dos mesmos. E a intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com o ensejo de enfrentar problemas complexos com base na corresponsabilidade e comprometimento mútuo, situando o que compete a cada um, porém de maneira colaborativa e desfragmentada.

No campo da Rede de Atenção Psicossocial, a intersetorialidade pode ser compreendida, portanto, como uma forma de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento sobre o processo saúde-doença e sobre o conceito de sofrimento psíquico. Seu intuito é potencializar e ampliar os efeitos dos programas, ações e intervenções em saúde mental da população de um dado território, tornando-os mais significativos, ampliados e resolutivos.

Não existe um manual ou uma receita de como executar a intersetorialidade, porém, espera-se que o que apresentamos neste tópico possa servir como um norte, ainda que não contemple um passo a passo, pois este tampouco seria possível, uma vez que cada território possui sua própria realidade e estruturação.

O desenho da RAPS possibilita a compreensão sobre a complexidade da demanda a qual se propõe cuidar, uma vez que estabelece uma articulação entre os três níveis de complexidade do SUS, envolvendo Atenção Primária, Secundária e Terciária que ocorre também de forma inter-setorial, aproximando-se especialmente da política de assistência social. Portanto, as demandas em saúde mental perpassam tanto os serviços de saúde, como de outras políticas envolvendo outros aparelhos como os serviços da rede socioassistencial como os Centros de Referência em Assistência Social/CRAS, assim como, os Centros de Convivência, Escolas, espaços comunitários de esporte, lazer e cultura, programas de capacitação profissional e geração de emprego e renda, associações, entidades sociais e instituições diversas. Na figura 17 abaixo é possível vislumbrar as dimensões do Estado envolvidas com a vida do cidadão, tendo a saúde como centro, a partir de uma visão integral do sujeito.

Figura 17. Intersetorialidade e a saúde



4.9.1 Ações de atenção específica para crianças e adolescentes

Os problemas psiquiátricos na infância e adolescência possuem prevalência de 15 a 20% da população com predomínio dos transtornos de comportamento disruptivo e emocionais (ABP, 2020). No sentido de evitar o surgimento destes transtornos faz-se necessária a promoção de saúde mental voltada a crianças e adolescentes.

Na Atenção Básica, a promoção da saúde é então uma necessidade e não uma opção de prática ou afinidade em trabalhar grupos e coletivos. É um desafio, pois é necessário realizar a integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersectorialidade, informação, educação, comunicação e sustentabilidade. Diretrizes preconizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2010). BUSS (2010), afirma que o promover saúde é permitir que uma comunidade seja capacitada para ser protagonista em seu processo de melhoria de qualidade de vida, sendo participativa e atuante.

Assim, todas as ações de promoção da saúde a serem pensadas devem levar em consideração o planejamento prévio com inclusão de toda a RAPS, compreendendo a co-responsabilidade de cada setor. Destacamos aqui a contribuição dos trabalhadores das UBS, em especial os que estão presentes no território e conhecem aspectos como a idade do público alvo, recursos disponíveis, contexto local/cultural, sendo estes imprescindíveis para o sucesso e sustentabilidade das ações.

Cabe ainda ressaltar a importância de usar a criatividade e os recursos a disposição, tais como: fantoches, teatrinho, música, ou seja, o máximo de recursos lúdicos disponíveis a fim de garantir que a mensagem seja entendida pelas crianças.

Uma demanda frequente nas agendas dos psicólogos que atuam na atenção básica é a dificuldade de aprendizagem. Ao visitar a escola, conversar com os pais, professores e colegas de turma, o profissional de saúde passa a ter um panorama mais complexo do que a unicausalidade e a culpabilização da criança. Cenários como salas de aula com a capacidade além do previsto, relações familiares e econômicas precárias, situações de violência em suas mais variadas formas, podem estar relacionadas com o prejuízo observado no processo de aprendizado desta criança e/ou adolescente.

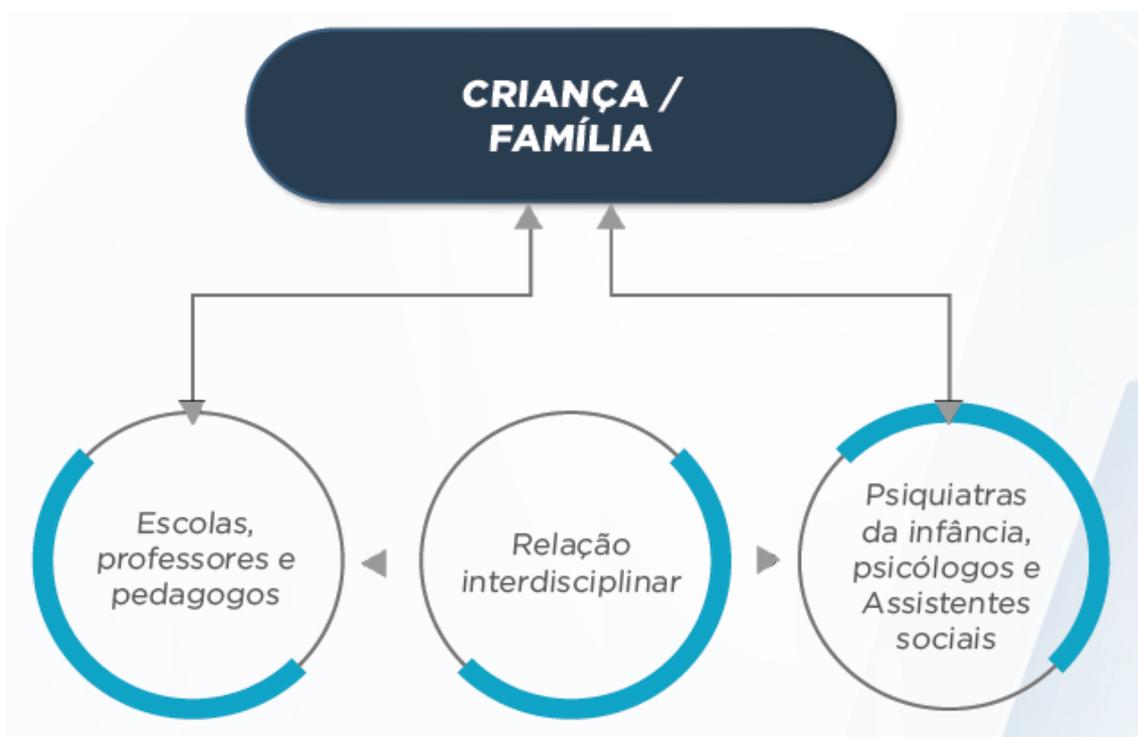
Uma ação que pode trazer bons resultados com relação a essa problemática é um grupo de pais/responsáveis segundo a metodologia da psicóloga Lídia Weber (2005), a partir do livro 'Eduque com Carinho – equilíbrio entre amor e limites'. Desenvolve-se em oito encontros estruturados com temas específicos para os pais e filhos. Trabalho fruto de uma pesquisa de pós-doutorado em desenvolvimento familiar, onde permite interação e participação dos pais, em que eles expressam suas dificuldades, mas também aprendem de forma simples sobre desenvolvimento infantil e estratégias de mudança de comportamento. Um dos objetivos almejados com esse grupo é uma maior conexão entre pais e filhos, além de debater questões mais complexas que são colocadas como dificuldades de aprendizagem.

A metodologia de grupo, pode ser mostrar eficaz para os adolescentes, pensando no formato de um grupo aberto dentro da escola, da UBS ou no CRAS, autogerido pelos adolescentes e com o auxílio de um profissional em sua condução. Neste grupo eles poderiam eleger, para discussão, temas relevantes para esse período da vida, tais como: escolha da profissão; mundo do trabalho;

relações familiares e amorosas, gravidez na adolescência, entre outros. A autonomia estimulada nos adolescentes é capaz de potencializar o seu desenvolvimento, protagonismo e resiliência.

O gestor municipal, ao organizar a RAPS em seu município de pequeno porte, deve influenciar a execução de algumas ações na Atenção Básica, a saber: 1) elaboração ou adoção de um guia de Saúde Mental instrumentalizando os professores do seu município sobre os principais problemas relacionados às crianças e adolescentes e padronizando as condutas a serem adotadas; 2) propor ajustes no ambiente escolar com o intuito de torna-lo promotor de Saúde Mental (o texto acima traz alguns exemplos de como isso pode ser feito); 3) criar mecanismos que facilitem a avaliação periódica de crianças e adolescentes através de visitas de profissionais de saúde, aproximando a escola da UBS (ABP, 2020).

Figura 18. Visão intersetorial da RAPS voltada à criança e adolescente



Fonte: ABP (2020)

4.9.2 Ações de atenção específica para idosos

É importante lembrar que a promoção de saúde mental para os idosos é tarefa da Atenção Básica, e que esta prática poderá impactar na melhoria da qualidade de vida dos idosos da comunidade além da diminuição dos números de casos de transtornos mentais neste grupo etário (ABP, 2020).

A solidão se caracteriza como um desafio a pessoa idosa. Assim, estratégias que fomentem a interação social entre os idosos e demais pessoas da sociedade, podem mostrar-se úteis na promoção da saúde da pessoa idosa.

Os Centros de Convivência e Cultura e grupos de convivência do CRAS demonstram toda sua potência nas mais diversas atividades de: artesanato e pintura, biblioteca, rodas de conversa, dança e musicalização, palestras, apresentações culturais e artísticas. Existem Centros que organizam até mesmo excursões e viagens em grupo para os idosos.

Destaca-se ainda a importância do trabalho com a família e a formação de uma rede de apoio eficaz. A rede de apoio poderá ser aquelas pessoas (familiares, profissionais da saúde, vizinhos, amigos, igrejas) que fomentarão o cuidado desses idosos em sua completude.

As práticas integrativas complementares se mostram também, estratégias interessantes na promoção da saúde a pessoa idosa. Pois, são práticas de baixo custo, fáceis de executar e acessível aos idosos. Tem-se por exemplo: auriculoterapia, Lian Gong, uso de plantas medicinais – chás e outros; aromaterapia, acunputura, técnicas de meditação como Tai Chi, Yoga, Mindfulness, entre outras descritas na Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS.

Outra estratégia válida é a implementação de campanhas informativas sobre as doenças prevalentes e o manejo de idosos na comunidade. Estas campanhas seriam voltadas para os parentes de idosos com transtornos psiquiátricos e também para as associações de idosos. Os transtornos demenciais e a depressão apresentam incidência considerável na população de idosos. Para o cuidado adequado da população idosa do município sugere-se a coordenação integrada da atividade de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais. Os profissionais de saúde da Atenção Básica precisam receber treinamento para adoção de escalas validadas por suas equipes de modo a reconhecer casos de depressão e demência e quadros de ansiedade e psicose (ABP, 2020).

4.9.3 Ações de atenção específica para a área de álcool e outras drogas

O gestor do município de pequeno porte precisa estimular o envolvimento de dispositivos como escolas, meios de comunicação, instituições religiosas e a segurança pública em ações periódicas de conscientização da população. A promoção a saúde é essencial para diminuição da incidência desses casos e precisa envolver vários setores diferentes da comunidade. Para além da promoção a saúde, é preciso acolher o paciente em tratamento, através de um acompanhamento periódico de sua evolução através da Atenção Primária e interferindo positivamente em sua condição de vida através de políticas sociais.

É importante que a Atenção Primária se envolva ativamente nesta questão. Seus profissionais podem organizar visitas periódicas às escolas para conscientizar os jovens dos malefícios do uso de drogas que causam dependência através de palestras e rodas de conversa. A formação de grupos de discussão acompanhados por um profissional de saúde, como proposto na seção sobre crianças e adolescentes acima, também exerce papel importante para conscientização e fortalecimento da autoestima dos jovens. Além disso, fomentar a prática de esportes e a formação de rodas de leitura e discussão dentro da própria escola empodera os jovens e previne o uso de entorpecentes.

É de suma importância que a Atenção Primária realize o adequado diagnóstico do paciente que faz uso agudo, abusivo ou dependente de droga produtora de dependência. Estes 3 quadros apresentam padrões muito diferentes entre si e seu adequado diagnóstico precisa ser realizado na Atenção Básica (ABP, 2020). Esse diagnóstico pode ser facilitado pelo uso de escalas validadas na literatura, aplicadas por profissionais de saúde treinados. Uma vez que se realize o diagnóstico adequado podem-se implementar as ações necessárias para o tratamento desses indivíduos através do matriciamento e do PTS.

A ABP (2020, p. 21) enfatiza a importância da abordagem intersetorial e transdisciplinar para estes casos,

Não existe tratamento único e ideal para a dependência química. O ideal seria organização de um sistema de serviços que levasse em conta a diversidade de problemas (saúde física, saúde mental, social, familiar, profissional, conjugal, criminal, etc), buscando a proporcional diversidade de soluções.

Um exemplo de atividade que visa fins terapêuticos e auxílio no tratamento para dependência química é o cultivo de hortaliças por meio de Horta Comunitária. Essa prática permite que a pessoa tenha uma válvula de escape, de modo a aliviar o estresse e desviar o seu foco do uso da droga e ainda fomenta alimentação saudável e cuidados com a saúde de uma forma geral.

É possível nessa atividade envolver além de pacientes, família e RAPS, outros dispositivos presentes no território como Embrapa e/ou Faculdades dos cursos de ciências agrárias e biologia. Outras atividades podem surgir a partir da Horta, tais como: oficinas de compostagem e culinária.

4.9.4 Ações de prevenção ao suicídio

O suicídio representa um problema multidimensional relacionado com as condições de vida da população. Assédio moral, assédio sexual, estupro, violência física, falta de condições adequadas de trabalho, falta de acesso a saúde de qualidade e a bens de consumo primários, banalização da vida e deficiência de um suporte social são alguns fatores que impactam diariamente na qualidade de vida da população.

Somente com promoção a saúde é possível prevenir o suicídio. Esta promoção precisa levar em consideração o *modus vivendi et operandi* daquela comunidade e, junto com a participação popular, elaborar estratégias de empoderamento dessa população. É necessário discutir as angústias, a cultura local e os sonhos, e para isso a RAPS precisa estar instrumentalizada, tanto no que diz respeito ao número de profissionais de saúde mental quanto à qualidade destes profissionais. A RAPS não pode ser apenas reativa; para prevenir o suicídio ela precisa iniciar a ação, e esta ação precisa ser intersetorial pois envolve as várias dimensões do ser conforme apresentado na figura 17 acima.

Além de atuar, no sentido de apoiar efetivamente uma melhoria na qualidade de vida e no empoderamento das comunidades, a RAPS também precisa estar capacitada a ensinar outros setores da sociedade a perceber o comportamento com tendência ao suicídio. Sem envolvimento das diversas associações comunitárias além dos diversos outros setores que impactam sobre a vida do indivíduo não será possível para a RAPS efetivamente realizar a prevenção do

suicídio. E esta prevenção precisa ir muito além de simplesmente diagnosticar o comportamento com tendência suicida e encaminhar o paciente para a RAPS. Ela precisa impactar diretamente sobre as causas que levaram este paciente a este tipo de comportamento, desconstruindo visões distorcidas de mundo e compreendendo as diversas dimensões que compõe o problema de vida daquele indivíduo.

É necessário que se estabeleça uma estratégia nacional para prevenção de suicídio baseada nas seguintes ações: 1) educação continuada de profissionais de saúde com relação aos fatores de risco e prevenção ao comportamento suicida; 2) atendimento por um psiquiatra, em no máximo 72 horas, de paciente atendido no sistema de saúde por tentativa de suicídio; 3) instituição de um projeto estratégico para casos de tentativa de suicídio onde ocorra o monitoramento da efetividade do tratamento de indivíduos com tentativa de suicídio; 4) aparelhamento das instituições capazes de realizar internação em casos mais sérios (ABP, 2020).

O gestor de um município de pequeno porte pode direcionar a Atenção Primária para a execução das seguintes ações: 1) realização de diversas atividades referentes ao Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio com a intenção de informar a população; 2) realização de capacitação de professores para identificação e encaminhamento de estudantes com possível risco de suicídio; 3) confecção ou adoção de guias e cartilhas de prevenção ao suicídio voltadas à população em geral, profissionais de saúde e professores; 4) maior restrição para a comercialização de substâncias tóxicas em seu município; 5) aproximar os indicadores locais, de tentativas de suicídio e de suicídio, de seus valores reais, diminuindo a subnotificação; 6) implantação eficiente do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio de forma intersetorial e integrada a outros dispositivos sociais; 7) criação e implantação de um módulo básico de prevenção ao suicídio para a capacitação continuada dos profissionais da Atenção Primária de modo a identificar, avaliar e manejar os pacientes em risco de suicídio; 8) estabelecimento de protocolo de atendimento para pacientes em risco de suicídio.

4.9.5 Sofrimento psíquico

Os pacientes em sofrimento psíquico muitas vezes apresentam um perfil hiperutilizador do sistema de saúde, demandando frequente atenção e tempo das equipes da Atenção Primária.

São geralmente considerados pacientes difíceis e que acabam por vezes sendo mal acolhidos ou mal atendidos por alguns profissionais das unidades de saúde ou ainda, recebem uma prescrição de um psicotrópico de forma inadequada ou até mesmo são encaminhados a realizar exames desnecessários. Estas são algumas práticas comuns para dispensar o paciente hiperutilizador. Porém, esse paciente acaba por continuar retornando várias vezes à UBS, justamente por não ter sua demanda resolvida, nem sequer acolhida.

O gestor de saúde, nos municípios de pequeno porte, precisa fomentar a educação continuada dos profissionais de saúde no sentido do acolhimento, da escuta qualificada e da clínica ampliada.

O sofrimento psíquico não é uma doença, mas sim um sintoma. Um sintoma que diz sobre o sujeito, mas que só pode significar algo, se o mesmo for escutado, se a dor for acolhida e compreendida. Jamais julgada ou ignorada.

Histórico e/ou situação de violência doméstica/intrafamiliar, abusos, assédios, violações de direitos, privações, conflitos familiares, conjugais, dificuldades financeiras ou ainda o sucessivo enfrentamento de perdas significativas (lutos), são algumas das possibilidades de fatores associados ao sofrimento psíquico de inúmeros pacientes.

Portanto, são pacientes que precisam de atenção, precisam de um lugar de escuta, para que possam falar sobre seus sentimentos e sobre suas vidas, dando sentido e significado ao seu sofrimento. E não de um lugar que os silencie e medique. Como afirma Roudinesco (2000, p. 21),

Receitados tanto por clínicos gerais quanto pelos especialistas em psicopatologia, os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação.

A Atenção Primária possui toda a tecnologia necessária para lidar com esses casos. Acredita-se que considerando a singularidade de cada paciente, a equipe pode construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS), em geral envolvendo o acompanhamento psicológico e sem a necessidade do uso de psicotrópicos. A escuta qualificada, a clínica ampliada, o trabalho em rede e o PTS adequado, são os instrumentos e ferramentas que possibilitam a equipe de saúde da Atenção Primária apresentar melhores condições de manejo do paciente em sofrimento psíquico, em suas variadas peculiaridades e manifestações.

4.9.6 Ações de atenção específica para as gestantes

Em 2010, o Núcleo do Telessaúde do Rio Grande do Sul, ao identificar uma necessidade de orientação, por parte das equipes de saúde da família, criou um guia orientador para a condução de grupo de gestantes, visando uma melhoria na assistência e promoção da saúde nestes espaços (TELESSAÚDE-RS, 2010). O material destaca a importância do formato de roda de conversa, permitindo que as gestantes, companheiros e demais atores do processo, pudessem expressar dúvidas, medos, sentimentos. Para isso, ressalta a necessidade de pensar no número de participantes, para que seja reduzido e assim haja uma melhor estruturação. Não recomenda o formato de palestras, em que não houvesse abertura para a expressão das gestantes e acompanhantes. Os temas sugeridos estão centrados em: pré-natal, parto, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e testes/consultas do pós parto.

No que tange à promoção da saúde mental nos grupos de gestantes, ainda há pouca literatura que aborde a temática, o que evidencia o despreparo de muitos profissionais. No geral, os temas mais abordados focam na depressão pós parto. Porém, sabe-se que além da depressão pós parto, existe outras situações que são consideradas ameaçadoras ao bom desenvolvimento psicossocial das gestantes e puérperas.

Nesse caso, a rede de apoio também se mostra potente recurso para a gestante/puérpera, bebê e demais envolvidos. A rede de apoio é composta por pessoas, por exemplo, do núcleo familiar que auxiliarão a gestante em seus desafios e a nutrirão de segurança e cuidados, focando não só no bebê, mas também no bem-estar da mãe e dessa nova composição familiar que se forma com a chegada do bebê. Algumas ações simples, como: alguém que auxilie nos cuidados da casa, lavagem das roupas do bebê, disponibilização para levar em consultas, ir aos supermercados e farmácias, podem significativamente diminuir o estresse que a carga mental gera nos

recém pais. Essa rede de apoio é ainda mais importante no contexto de mães solo, em que o pai da criança não se faz presente para apoio emocional e/ou financeiro.

Compõe a rede de apoio também profissionais da saúde, em que a gestante conheça os caminhos que podem ser acessados de acordo com a sua necessidade, do bebê ou da família.

Assim, além de informações relevantes disseminadas no grupo de promoção da saúde, torna-se imprescindível falar e fomentar que as gestante possam criar uma rede de apoio forte, capaz de auxiliar em seus desafios da maternidade.

4.9.7 Ações de atenção específica para o Trabalhador

O trabalho é um importante determinante social da saúde em geral e, especialmente, da saúde mental. Vários estressores ocupacionais são amplamente conhecidos como: a sobrecarga e desequilíbrio na divisão de tarefas e poder, a falta de autonomia e criatividade, que podem dar lugar ao assédio moral, ou outras formas de violência; a precarização de vínculos e desvalorização salarial; à influência dos processos de reengenharia e aos avanços tecnológicos que exigem do trabalhador uma postura polivalente; índices de produção e busca pela lucratividade; gestão verticalizada; como, também, a exposição ao ruído excessivo e a agentes químicos e tóxicos que podem resultar em agravos neurológicos e psíquicos.

Contudo, onexo ocupacional desse agravo é ainda pouco investigado, reconhecido e raramente registrado. Transtornos mentais associados ao trabalho são de notificação compulsória na estratégia sentinela no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tanto pelos serviços públicos quanto privados de saúde definida na Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Portanto, os gestores municipais devem fomentar e promover onexo ocupacional e registro pelas unidades notificantes na rede de atenção de seu território.

No período de 2006 a 2017, foram registrados no SINAN 8.474 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho em todo o Brasil. Destes houve um aumento na proporção de casos no sexo feminino (59,7%) em relação ao sexo masculino ao longo desse período. Além disso, em geral, predominaram registros na faixa de 30-49 anos, cor branca, nível médio de escolaridade, ocupados no setor de serviços e administração, com vínculos formais (90%). Reações graves ao estresse e transtornos de adaptação foram os diagnósticos mais comuns, seguidos pelos episódios depressivos e outros transtornos ansiosos (BAHIA, 2019).

Não houve diferenças expressivas na composição por vínculo, o que contrasta com o perfil populacional em geral que se apresenta com vínculo precarizado mais preponderante. Essa distorção pode ser resultado de auto seleção, por contarem com a cobertura de benefícios acidentários da Previdência, demandariam mais o reconhecimento do nexocausal ocupacional aos serviços de saúde do SUS. Segundo dados do INSS, 13% das concessões de afastamentos (B91 e B31) aos segurados no Brasil, ou seja, que possuem regime celetista, são por doenças mentais e comportamentais (SMARTLAB, 2021).

No estudo epidemiológico, constatou-se, para ambos os sexos, a importância das reações ao estresse ocupacional entre os casos notificados de trabalhadores vinculados aos setores econômicos de: serviços, comércio, transporte, segurança, e o trato com grupos vulneráveis, como aqueles em privação de liberdade (BAHIA, 2019). No país, são muito comuns os assaltos dentre

outras violências interpessoais nestes setores da economia, portanto sendo descrito como um fator de risco importante no processo de trabalho. Programas de acolhimento e suporte psicológico para essas vítimas devem estar previstos e disponíveis para uso oportuno, para que se evitem sequelas de maior gravidade e sofrimento dos trabalhadores. Mais importante, às equipes de saúde e gestores é o planejamento de ações de prevenção e de promoção junto às empresas e população, como atividades educativas e vigilâncias em ambientes de trabalho, que induzam o emprego de medidas protetivas pelos empregadores/ou políticas públicas em relação aos riscos, resguardando condições ambientes mais seguros e saudáveis. Por isso a importância da intersectorialidade, já mencionada acima, a fim de garantir a assistência aos trabalhadores formais e informais e diminuir as iniquidades do serviço.

Outro ponto importante, que o estudo epidemiológico (BAHIA, 2019) aponta, a ser considerado na construção, monitoramento e avaliação da rede RAPS, refere-se aos dados de conduta e acompanhamento dos casos pois há um expressivo percentual de casos com incapacidade permanente (5%), se considerarmos que são pessoas em sua maioria jovens, o que representa uma grande carga social dos transtornos mentais.

O trabalho é um poderoso promotor da saúde mental ao propiciar espaços de sociabilidade, de formação da subjetividade e identidade pessoal e coletiva, ganhos na autoestima, resiliência ou habilidades emocionais, mas também, de modo reverso, pode propiciar sofrimento, adoecimento, e até mesmo a morte (suicídio). Por isso a importância do reconhecimento deste fator causal do adoecimento para a compreensão do processo da doença, que podem decorrer desde as condições de trabalho (organização e violência institucional) aos danos neurocognitivos e psíquicos decorrentes da exposição ocupacional a agentes químicos, pois o não afastamento destes fatores ou até mesmo a falta de intervenção no ambiente, não produzem intervenções de tratamento resolutivas.

Portanto, faz-se necessário utilizar a estratégia do matriciamento, junto à rede nacional em saúde do trabalhador (Renast), para o apoio técnico desde a estruturação da linha de cuidado ao suporte da discussão de casos e consulta compartilhada, como também, nas vigilâncias em saúde do trabalhador, a fim de promover controle dos riscos nos ambientes e processos de trabalho no território.

A Renast compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador por meio das referências técnicas municipais (Resolução CNS nº 603/2018) aos centros de referência regionais e estaduais, que possuem como responsabilidade ofertar suporte técnico e pedagógico na RAS (Anexo VX Portaria de Consolidação nº 2/2017).

Segundo o Manual de Procedimento de Serviços de Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001), a partir da confirmação do diagnóstico do agravo / doença e do estabelecimento de sua relação com o trabalho, os serviços de saúde responsáveis pela atenção à saúde do trabalhador devem implementar as seguintes ações: orientação ao trabalhador (e seus familiares, quando for o caso), quanto a sua condição de saúde e os encaminhamentos necessários para a recuperação da saúde e da qualidade de vida; o afastamento do trabalho ou da exposição ocupacional, caso a permanência do trabalhador represente um fator de agravamento do quadro ou retarde sua melhora, ou naqueles nos quais as limitações funcionais impeçam o trabalho.

Também é necessário que se estabeleça a terapêutica adequada, incluindo os procedimentos de reabilitação; caracterização da relação do trabalhador com a Previdência Social, para o encaminhamento à perícia médica e solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo o médico do serviço de saúde o responsável pelo preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM); Notificação do agravo / doença no SINAN, comunicação à Delegacia Regional do Trabalho / Ministério do Trabalho e Emprego e ao sindicato ao qual pertence o trabalhador.

É muito importante criar espaços de escuta do trabalhador, promovendo sua fala e expressão no que se refere ao conteúdo e possibilidades de reconhecimento no trabalho. É necessário criar rotinas de observância e análise do contexto de trabalho; promover a formação dos profissionais de saúde nesta perspectiva e melhorar os processos de trabalho e fluxos de atendimento com a finalidade de minimizar os prejuízos causados ao contexto social e econômico pelos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Referências

ALBUQUERQUE, M. S. V. de. **A promoção da equidade na política de saúde da cidade do Recife (2001-2008):** uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde. 2011. 187 f. Tese (Saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. **Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental.** 2020.

BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. Boletim epidemiológico: Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, 2006–2017. ed. 13, ano IX, abril, 2019. Disponível em: <https://renastonline.enp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ccvisat_bol_transtmentais_final_0.pdf> Acesso em: 15 abr 2021.

BRASIL. **Guia de apoio a gestão estadual do SUS.** Brasília: CONASS, 2015.

_____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Protocolo de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Doenças Relacionadas ao Trabalho** – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114 Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 3, de 27 de janeiro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan., 2020.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov., 2019.

_____. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XV (Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012). Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set., 2017

_____. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set., 2017.

_____. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set., 2017.

_____. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de set., 2017.

_____. Portaria nº 10, de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jan., 2017.

_____. Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21, mai., 2012.

_____. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan., 2012.

_____. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan., 2012.

_____. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan., 2012.

_____. Portaria nº 1966, de 01 de setembro de 2013. Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 set., 2013.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set., 2017.

_____. Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out., 2003.

_____. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez., 2017.

_____. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 fev., 2005.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez., 2011.

_____. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez., 2017.

_____. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez., 2019.

_____. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez., 2011.

_____. Portaria nº 3089 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez., 2011.

_____. Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez., 2011.

_____. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Reforma do Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar., 2013.

_____. Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez., 2017.

_____. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16, mar. 2020.

_____. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 abr. 2013.

_____. Portaria nº 816, de 28 de abril de 2018. Revoga os arts. nº 875 a 879 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que tratam do financiamento para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 abr., 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011. Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun., 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan., 2012.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Agência Fiocruz de notícias, 2010. Disponível em: < [CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 25m n. 4, p. 767-776, out./dez., 2016.](https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais#:~:text=Os%20cuidados%20integrais%20com%20a,superposi%C3%A7%C3%A3o%2C%20como%20seria%20de%20esperar.> Acessado em: 15 abr. 2021.</p>
</div>
<div data-bbox=)

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP, 2013.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Considerações sobre a execução dos recursos federais transferidos Fundo a Fundo do novo financiamento da**

Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/02/nota-AB.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

_____. **Nota Técnica CONASEMNS - Portaria nº 828/2020.** Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 27 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Tecnica-Portaria-GM-828-2020.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

_____. **Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS: diálogos no cotidiano.** 2. ed. Digital. Brasília: CONASEMS, 2021.

_____. **Considerações sobre a execução dos recursos federais transferidos Fundo a Fundo do novo financiamento da Atenção Primária à Saúde.** Brasília, 17, fev. 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/02/nota-AB.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Resolução nº 603 de 8 de novembro de 2018. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso603-Publicada.pdf> Acesso em: 15 abr 2021.

FUNCIA, Francisco. Nó górdio do SUS. **Polis: saúde, educação e trabalho.** Rio de Janeiro, n. 59, edição especial, p. 18-19, julho, 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil |** Uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.** v. 26, n. 1, p. 155-170, São Paulo, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERLO, Á. R.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.) Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

RODRIGUES, P. E. B.; CALHEIROS, M. I. M. Q. Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil e a psicodinâmica do trabalho. *Farol-Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, v. 6, n. 16, p. 551-601, 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Planejamento e Gestão. **Protocolos da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina.** Florianópolis-SC, 2016. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/13438-protocolos-da-raps-livro-para-download/file>> Acesso em: 10 out. 2020.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017.

SMARTLAB. Observatório de Segurança e Saúde no trabalho. Disponível em: <https://smartlab-br.org/sst/localidade/0?dimensao=perfilCasosAfastamentos> Acesso em: 15 abr. 21

SUAS 10. **Diversidade no SUAS: realidade, respostas, perspectivas**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS, 2015.

TELESSAÚDE-RS, Programa Nacional de Telessaúde Redes. Coleção Segunda Opinião Formativa: “Como estruturar um grupo de gestantes?”. Biblioteca Virtual em Saúde. 2010. Disponível em <https://aps.bvs.br/aps/como-estruturar-um-grupo-de-gestantes/> Acesso em 14 de maio de 2021.

VILARINS, G. C. M., Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.

WEBER, L. N. D. **Eduque com carinho: equilíbrio entre amor e limites**. Curitiba: Juruá, 2005.

Anexo 2

Componente Atenção Psicossocial Estratégica

Atenção Psicossocial Estratégica	Pontos de Atenção da RAPS	Incentivo financeiro para implantação	Valor mensal de custeio	Incentivo financeiro para construção
	CAPS 1	R\$20.000,00 (Portaria 245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$28.305,00 (Portaria3089 de 23/12/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$800.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)
	CAPS 2	R\$30.000,00 (Portaria 245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$33.086,25 (Portaria 3089 de 23/12/2011- Portaria de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$800.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)
	CAPS 3	R\$50.000,00 (Portaria 245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$84.134,00 (Portaria1966 de 1/09/2013)	R\$1.000.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)
	CAPS i	R\$30.000,00 (Port.245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$32.130,00 (Portaria3089 de 23/12/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$800.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)
	CAPS AD	R\$50.000,00 (Port.245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$39.780,00 (Portaria3089 de 23/12/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$800.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)
	CAPS AD 3	CAPS AD 3 novo R\$150.000,00 CAPS AD 3 qualificado R\$75.000,00 (Port.130/2012-Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$105.000,00 (Portaria1966 de 1/09/2013 - Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$1.000.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)
	CAPS AD 4	CAPS AD 4 Novo R\$200.000,00 CAPS AD 4 Reestruturado R\$125.000,00 (Portaria 3588 de 21/12/2017- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$ 400.000,00 (Portaria 3588/2017)	
	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental		Tipo I - R\$12.000,00 Tipo II - R\$21.000,00 Tipo III - R\$30.000,00 (Portaria 3588/21/12/2017- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	

Componente Atenção à Urgências e Emergências

Ponto de Atenção da RAPS	Valor de custeio mensal para manutenção das unidades móveis	Valor para reforma das Centrais de Regulação já existentes e que pretendam se regionalizar	Valor para construção da Central de Regulação
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Atenção de Urgência e Emergência</p> <p>SAMU 192</p>	<p>I – Embarcação: habilitada R\$ 45.000,00 habilitada e qualificada R\$ 75.000,00 II – Motolância: habilitada R\$ 7.000,00 habilitada e qualificada R\$ 7.000,00 III - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: habilitada - R\$ 13.125,00 habilitada e qualificada R\$ 21.919,00 IV - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: habilitada R\$ 38.500,00 habilitada e qualificada R\$ 48.221,00 V- Unidade Aeromédica: habilitada R\$ 38.500,00 habilitada e qualificada R\$ 48.221,00 VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): habilitada R\$ 38.500,00 habilitada e qualificada R\$ 48.221,00 (Portaria 1010/2012, Art. 25, I; II; III; IV; V e VI)</p>	<p>I - Municípios com até 350 mil habitantes – R\$ 100.000,00 II - Municípios com até milhão e quinhentos mil habitantes – R\$ 150.000,00 III - Municípios com até quatro milhões habitantes - R\$ 175.000,00 IV - Municípios a partir de quatro milhões e um habitantes - R\$ 200.000,00 (Portaria 1010/2012, Art. 21, I; II; III e IV)</p>	<p>I - Municípios com até trezentos e cinquenta mil habitantes - R\$ 216.000,00 II- Municípios com até três milhões de habitantes - R\$ 350.000,00 III- Municípios com população acima de três milhões) habitantes - R\$ 440.000,00 (Portaria 1010/2012, Art. 12, I; II; III)</p>
	<p>UPA 24h Conforme Portaria nº 10 de 03 /01/2017</p>		
	<p>Sala de Estabilização Revogados pela Portaria nº 816 de 28/04/2018</p>		

Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

Atenção Residencial de Caráter Transitório	Pontos de Atenção da RAPS	Incentivo financeiro para implantação	Valor mensal de custeio	Incentivo financeiro para construção
	UA	R\$70.000,00 (Portaria 121/2012-Port. de Consolidação n. 6 de 28/09/2017)	R\$25.000,00 (Portaria 121/2012-Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$500.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013)
	UA i	R\$70.000,00 (Portaria 121/2012-Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	R\$30.000,00 (Portaria 121/2012-Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	R\$500.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013)
	Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)		Módulo de 15 vagas R\$15.000,00 (Portaria 131/2012 - Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	

Componente Atenção Hospitalar

Atenção Hospitalar	Pontos de Atenção da RAPS	Incentivo financeiro para implantação	Valor de diárias para custeio anual	Incentivo financeiro para apoio a implementação
	Serviço Hospitalar de Referência (SHR)	Enfermaria de 8 a 10 leitos R\$ 33.000,00 Enfermaria de 11 a 20 leitos R\$ 66.000,00 Enfermaria de 21 a 30 leitos R\$ 99.000,00 (Portaria 148/2012-Port. de Consolidação 6/ GM/MS de 28/09/2017- Port.3588 de 21/12/2017)	Por dia até o 7º dia de internação R\$ 300,00 Por dia do 8º ao 15º dia de internação R\$ 100,00 Por dia a partir do 16º dia de internação R\$ 57,00 (Portaria 148/2012- Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	Por leito R\$4.000,00 (Portaria 148/2012- Port. de Consolidação 6/ GM/MS de 28/09/2017- Port.3588 de 21/12/2017)

Componente Estratégia de Desinstitucionalização

	Pontos de Atenção da RAPS	Incentivo financeiro para implantação	Valor mensal de custeio	Incentivo financeiro para construção
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico (SRT) Tipo 1, 2 e 3	8 a 10 leitos - R\$33.000,00 11 a 20 leitos - R\$ 66.000,00 21 a 30 leitos - R\$ 99.000,00 (Portaria 3588/2017)	Tipo I - R\$10.000,00 Tipo II - R\$20.000,00 (Portaria 3090/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	
	Programa de Volta pra Casa		Por beneficiário R\$ 412,00 (Portaria 2.077/2003)	

Componente Estratégia de Reabilitação Psicossocial

	Pontos de Atenção da RAPS	Incentivo financeiro para implantação	Valor mensal de custeio	Incentivo financeiro para construção
Estratégia de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais		10 a 15 usuários - R\$15.000,00. 51 a 150 usuários - R\$30.000,00 mais de 150 usuários - R\$50.000,00 (Portaria 132/2012 - Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)	

Capítulo 5 – Acolhimento

César Gustavo Moraes Ramos

5.1 Por que falar de acolhimento?

Somos seres sociais, estamos inseridos em diversos contextos onde compartilhamos nossas experiências e construímos nossa história de vida. É na relação entre, e com as pessoas que aprendemos, que nos constituímos, que produzimos nossa singularidade.

O músico Raul Seixas já afirmava na música “Meu amigo Pedro” que “cada um de nós é um universo”, com nossos sonhos, desejos, vontades, necessidades, alegrias, angústias, medos... Todos esses sentimentos são produzidos, amenizados, ampliados ou reordenados nas, e a partir das relações. É no encontro com o outro, nos bons encontros que nos fazemos pessoas potentes, vivas. O Acolhimento é uma prática que faz parte da humanidade.

Quando estamos com dificuldades e somos bem acolhidos por alguém ou em algum local, nos sentimos escutados, nos sentimos incluídos, nos sentimos valorizados, nos sentimos apoiados, sentimos a pertença a uma comunidade, sentimos que fazemos parte de algo maior e que podemos contar com as outras pessoas, que não estamos sozinhos para enfrentar as vicissitudes de nossa caminhada. O “simples” ato de acolher, “por si só”, reduz o sofrimento e já produz bem-estar.

“A palavra ‘acolher’, em seus vários sentidos, expressa ‘dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir’ (NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO, 1975, apud BRASIL, 2010a). Por ser uma questão do humano, o acolhimento está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dessa postura e prática. Entretanto podemos perceber que nos tempos atuais está cada vez mais difícil exercer o acolhimento nas nossas práticas cotidianas (SÉRIE SUS).

As dificuldades parecem vir de variadas circunstâncias: uma crescente cultura individualista e pouco solidária, os medos da violência, a constante falta de tempo para o outro, o sentimento de impotência. Portanto, se em nossa comunidade, família, amigos e conhecidos está cada vez mais difícil acolher aquilo que as pessoas nos demandam em suas singularidades, como construiremos essa postura e essa prática como profissionais de saúde desejantes de produzir cuidado para sujeitos e coletivos inseridos no Sistema Único de Saúde?

A resposta dessa pergunta é complexa, pois envolve distintos graus de implicação e mobilização para a aprendizagem e/ou fortalecimento de habilidades e competências tanto individuais como coletivas, bem como estratégias de organização e cogestão dos processos de trabalho a partir das singularidades de cada território.

Nossa intencionalidade com esse capítulo é provocar a compreensão e a reflexão para a apropriação de ferramentas conceituais, que aliadas as experiências práticas apresentadas de implantação e implementação do Acolhimento, possam otimizar mudanças e intervenções no

processo de trabalho da Atenção Básica, principalmente em sua atuação no contexto da saúde mental compondo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território.

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que visa potencializar os princípios do SUS e que possui forte relevância ética / estética / política, pois se traduz em posturas pessoais e organizacionais no processo de gestão do trabalho para a prática implicada de “estar com” ou “estar perto de” pessoas em suas distintas funções e necessidades, sejam usuários, trabalhadores ou gestores (BRASIL, 2010b). Portanto, de acordo com Brasil (2010a), são atos que implicam na:

- Ética no que concerne ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolher, compreendendo-o em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida.
- Estética porque traz para as relações e os encontros cotidianos a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade.
- Política porque implica no compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

A ideia do acolhimento possui significativo acúmulo e uma farta experiência na sua execução em diversos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Assim como o próprio Sistema Único de Saúde, essas experiências são diversas e possuem histórias positivas e negativas, sendo que, compreender essa caminhada possibilita o aprendizado a respeito dos desafios da saúde pública a partir de suas práticas de intervenção na realidade dos territórios, reconhecendo os esforços dos trabalhadores, gestores e usuários para a concretização e aperfeiçoamento contínuo do SUS. Ao mesmo tempo em que estamos cientes que avançamos muito como nação na construção do SUS, sabemos que o desafio cotidiano de exercer de modo resolutivo a prevenção, o cuidado, o tratamento, e a promoção, enfim a produção de saúde na atenção básica é imenso. Nesse contexto, nos deparamos com serviços que convivem com graves dificuldades de acolhimento, que possuem algumas dimensões perceptíveis nos fenômenos de:

- Filas “madrugadoras” nas portas das unidades para distribuição de “fichas”, que se tornam o principal meio de acesso dos usuários às consultas com os profissionais. O critério de distribuição é a ordem de chegada das pessoas, que se mobilizam cada vez mais cedo para conseguir atendimento. Esse é um processo martirizador que privilegia “os mais fortes” e não necessariamente os mais necessitados por atendimento, ou as pessoas que se encontram em maior vulnerabilidade. Nessa lógica são comuns também a produção de arranjos econômicos como a venda de fichas e/ou lugares nas filas, situação gravíssima que subverte, de modo extremamente perverso todo o SUS;
- Gestores e profissionais imersos em uma cultura de trabalho que hipervaloriza a execução de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para as pessoas. Em alguns casos essa lógica produz serviços desconectados com as reais demandas das pessoas e dos territórios, sendo que, trabalhadores e gestores, nessa perspectiva acabam hipervalorizando determinados procedimentos e/ou doenças, resultando em uma atenção fragmentada, sem possibilidade de produzir resolutividade frente ao sofrimento das pessoas;

- Trabalhadores sobrecarregados, sentindo-se isolados e adoecidos, que não conseguem analisar coletivamente seus processos de trabalho, com restrita capacidade de criação de novas estratégias para enfrentamento de demandas emergentes ou invisibilizadas.

Estes fenômenos estão presentes em muitos serviços de saúde, inclusive em unidades que afirmam já possuir o acolhimento implantado. Mas porque será que isso acontece? Uma situação muito frequente é a não compreensão de que “tipo” de acolhimento estamos falando. Portanto, é necessário esclarecer de “qual” acolhimento as políticas de saúde no SUS estão se referindo.

Para muitas pessoas o acolhimento é uma atitude voluntária de bondade ou de favor que alguns trabalhadores fazem aos usuários. Para outras o acolhimento é uma sala ou local próximo à porta de entrada onde se efetua triagem e encaminhamentos para serviços especializados. Essas percepções não compreendem a complexidade do tema e não produzem a ampliação de acesso com resolutividade experimentada pelas equipes que modificaram suas práticas de trabalho a partir das diretrizes do acolhimento.

5.2 Afinal de qual acolhimento estamos falando?

O processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica na responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários para garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento da articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (COELHO e JORGE, 2009).

Já vimos que o acolhimento é uma diretriz ética / estética / política, para tanto, ele se torna uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, na construção do vínculo, ampliação do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Como uma ação técnica assistencial, o acolhimento possibilita que se analise e reordene o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito de direitos e participante ativo no seu processo de produção de saúde, da sua família e comunidade.

5.2.1 Acolhimento é um ato de inclusão

O acolhimento é uma forma de inclusão das pessoas, com respeito a seus modos de existência e suas demandas, nos serviços de saúde. Portanto é injustificável o uso do acolhimento na rede para criar exclusão e desresponsabilização da equipe com os usuários. E como isso pode acontecer? No momento em que o acolhimento é exercido sobre a perspectiva da triagem sua tendência é provocar barreiras ao acesso.

Historicamente a triagem se constituiu como método de separar as pessoas que deveriam estar em determinado serviço, dos que não teriam necessidade de acessá-lo, pois criava-se a expectativa de que se encaminhada para outro serviço mais “adequado” a sua queixa seria resolvida. No entanto, essa expectativa não se concretizava pois em cada tentativa de acesso a

outro serviço iniciava-se novamente a saga do usuário por acesso. Essa prática ganhou o nome de “usuário-malote”, onde as pessoas percorriam a rede com uma série de encaminhamentos, solicitações, documentos, “papeladas” que não garantiam em nada seu acesso à saúde. Essa lógica não compactua com a missão da atenção básica de produção e ordenamento do cuidado longitudinal.

Em um acolhimento de inclusão todas as demandas, seja de sofrimento físico e/ou psíquico, trazidas pelo usuário são válidas no sentido de produção de vínculo e referência de cuidado. Os modos, as capacidades técnicas serão construídas com os usuários e pactuadas com responsabilização na rede intrasetorial e intersetorial se necessário. Todavia, o sofrimento do usuário compartilhado com a equipe deve ser recebido como legítimo de modo a gerar o sentimento de pertença da pessoa com a unidade e responsabilização com a resolutividade de suas necessidades.

O acolhimento inclusivo possui potencialidade técnica para avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades de indivíduos, famílias ou territórios. Fortalece o princípio da equidade e provoca o acesso de pessoas em processo de estigmatização, invisibilidade social, em extrema vulnerabilidade que historicamente não utilizava o SUS por várias questões, entre elas a violência institucional.

É importante ressaltar que o acolhimento não é uma triagem. Pressupõe um atendimento voltado à resolutividade e responsabilização. Significa também orientar o paciente e sua família a respeito dos serviços de saúde disponíveis para a continuidade da assistência, além da articulação intersetorial a fim de garantir a eficácia dos encaminhamentos. Ou seja, deve-se garantir a continuidade do cuidado.

5.2.2 Acolhimento não é uma atitude voluntária de “bondade” ou “favor” exercida pelos profissionais

Quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento à pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende (BRASIL, 2010a).

Como já pautamos o acolhimento é uma diretriz do Sistema Único de Saúde expressa em diversas legislações e documentos institucionais como leis, portarias e resoluções. Portanto, seu exercício pelos profissionais e sua implantação e implementação nos serviços não constitui um ato de favorecimento ou bondade. Neste sentido, é a política pública sendo executada em ato para fortalecimento dos princípios do SUS, portanto o acesso ao serviço, o tempo investido pelo trabalhador em uma escuta qualificada, a articulação com a rede necessária para o cuidado, não estão no âmbito da caridade ou cortesia, mas sim na resolução do direito universal à saúde, conquistado por todos brasileiros. Sendo assim, cabe a gestores e trabalhadores fomentarem através do acolhimento uma cultura de respeito e solidariedade com vistas ao acesso para que todas pessoas em sofrimento físico e/ou psíquico possam ter suas demandas tratadas com responsabilização e implicação no cuidado.

5.2.3 A habilidade e competência de acolher não é uma “vocação” de determinado profissional

É comum ouvirmos, em roda de conversas com trabalhadores e gestores, que determinados profissionais das equipes, tem mais “jeito” ou “paciência” na relação com os usuários.

Esses são normalmente os profissionais que ficam destacados para essa função nas equipes ou serviços. Tal entendimento de um possível “perfil” - quase que vocacional - para o acolhimento serve muitas vezes para confundir o fato de que acolher é uma habilidade e competência necessária a todo profissional de saúde do SUS. Em muitos casos, a definição de uma pessoa específica para o acolhimento serve, também, para afastar aqueles profissionais que tem dificuldade em acolher, de se expor para um novo aprendizado. Contudo, a partir do estímulo institucional, todos os trabalhadores terão condições de desenvolver as habilidades e competências, e fortalecer novas práticas, afinal, aprende-se tanto no dia a dia de trabalho na Atenção Básica! Não é mesmo?

Se cada território, família e sujeito são singulares, é no constante exercício de acolher que nos aproximamos dessas diversas formas de existência. Sendo assim, gestores e trabalhadores devem investir em processos de educação permanente que ampliem os limites individuais e coletivos para o aperfeiçoamento dessas habilidades e competências.

Neste sentido, o apoio matricial e temático dos NASF, seja através de rodas de conversa, de consultas e visitas domiciliares compartilhadas, de discussão de casos ou outras estratégias, são formas de formação voltadas para o processo de trabalho e que atingem ótimos resultados em diversos territórios. Portanto, a produção da saúde e o exercício do cuidado integral e longitudinal são diretrizes da Atenção Básica e conseqüentemente do SUS, que para sua realização exigem a construção de vínculos de confiança entre profissionais e usuários. Habilidade e competência em acolher é fundamental para essas construções.

5.2.4 Acolhimento não é somente um local da unidade/serviço

O Acolhimento não é somente um espaço ou um local, mas uma postura ética, que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Porém, se em nosso ambiente de trabalho temos a disponibilidade de um espaço qualificado e reservado para o acolhimento certamente vamos usá-lo e valorizá-lo, todavia o ato de acolher não pode ficar restrito ao que acontece nesse espaço.

Sendo uma postura ética para a construção do cuidado, ele deve ser executado em toda e qualquer relação, em qualquer espaço que possa garantir uma escuta qualificada. As vezes, um banco embaixo de uma frondosa mangueira pode se tornar um local excelente para a exposição de uma demanda. Tudo depende das circunstâncias e contextos do momento. Outra dúvida frequente é se o acolhimento só é exercido no primeiro encontro entre usuário e profissional. No cuidado longitudinal muitas vezes precisamos acolher novas questões ou demandas, acolher sentimentos, sofrimentos, preocupações, dúvidas, portanto a postura ética permanece para além da vinculação já produzida, ela é o reforço e elemento de sustentabilidade dessa relação.

5.2.5 O acolhimento não é exercido somente na porta de entrada ou recepção

O acolhimento deve ser entendido como parte do processo de produção da saúde. Assim, deve ser utilizado desde a porta de entrada como uma estratégia que qualifica a relação, passível de ser apreendido e desenvolvido em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

Novamente, a dimensão da postura ética do acolhimento em saúde nos ajuda a perceber que o usuário deve ser acolhido em todo e qualquer percurso de seu processo de cuidado. Certamente a recepção é a porta de entrada de qualquer serviço, é um espaço de importante relevância e deve ser analisado constantemente, se está realmente sendo um espaço para fomentar o acesso, acolher as diversidades, estar atento para a avaliação das vulnerabilidades e classificação dos riscos de cada situação e demanda. No entanto, esse processo de trabalho deve ser estendido para outros espaços no serviço, pois além de tratarmos de uma dimensão organizativa do processo de trabalho, estamos pautando um modo de relacionamento entre as pessoas que utilizam ou convivem no serviço.

É importante ressaltar que o acolhimento deve fazer parte da atuação de todos os profissionais. Entretanto, os espaços tidos como “porta de entrada” podem demandar o preparo de um grupo de profissionais, que sejam capazes de promover o contato inicial com o usuário, a identificação de suas demandas e a orientação com relação aos fluxos internos do serviço, bem como sobre a funcionalidade da rede de saúde local (BRASIL, 2013, p. 105).

5.2.6 Acolhimento não é um repasse de encaminhamentos para serviços especializados

O acolhimento é uma construção de compromisso e responsabilização com o usuário, a partir da escuta qualificada e da atenção cotidiana do vínculo, onde temos a possibilidade de analisar com qualidade a queixa do usuário do SUS e transformá-la em demanda para o cuidado.

Em casos de avaliação da necessidade de construção de uma clínica ampliada e compartilhada com especialidades e/ou até mesmo demais serviços e recursos intersetoriais, necessitamos superar o encaminhamento que “passa o problema adiante”. O acolhimento não é uma ação pontual, fragmentada, isolada, muito menos descomprometida com processos de responsabilização e produção de vínculo. Para isso a gestão e os trabalhadores necessitam investir em processos de trabalho que possibilitem arranjos em rede. Seja no tempo para que as equipes realmente conheçam, caminhem, percorram o território para mapear e/ou cartografar suas vulnerabilidades e suas potências. Seja na participação de colegiados gestores das redes de saúde, como a RAPS; seja na participação de fóruns temáticos como em saúde mental, álcool e outras drogas; seja no exercício da visita domiciliar compartilhada, ou até mesmo no acompanhamento terapêutico desse usuário a outro serviço.

Eventos ou momentos de educação permanente com participação da rede intersetorial, de associações, movimentos sociais e demais entidades civis são acontecimentos valiosos para bons encontros com demais trabalhadores, formação de parcerias e compreensão das potencialidades

e limites dessas instituições, pois permite conhecer as pessoas que formam a rede, ficando muito mais fácil compartilhar cuidado. Neste sentido, é fundamental recordarmos que o NASF é um grande recurso de apoio para articulações, formação/qualificação de rede intra e intersetorial, matriciamento, e outras criações junto as estratégias de saúde da família como elemento potencializador do cuidado e do acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica.

5.2.7 Acolhimento é uma estratégia de intervenção nos processos de trabalho

Até aqui explicitamos que o acolhimento é tanto uma postura ética para o cuidado quanto um modo de gestão para a organização do serviço. Desta forma, o acolhimento surge em um modelo de saúde cuja centralidade está no sujeito e/ou no coletivo e não na doença. Isso exige uma constante reflexão sobre as ofertas disponíveis de cuidado executadas pelo serviço. Cabe sempre recordar que os serviços devem se moldar a partir das demandas do território e não a partir do que é mais cômodo para o serviço executar. Esse talvez seja um dos principais desafios da atenção básica, a flexibilidade frente às reais demandas do território. Portanto, devemos constantemente nos questionar sobre nossas ofertas, nossa agenda, nossas linhas programáticas e o nosso compromisso com o outro e o cuidado.

Em alguns casos, encontramos territórios onde a questão da violência entre adolescentes é imensa, afetando inclusive na relação que a equipe tem com a comunidade, todavia quando observamos os processos de trabalho não conseguimos perceber nenhum movimento para tentar pautar essa situação que afeta sobremaneira a saúde de toda a comunidade, inclusive dos profissionais que ali desenvolvem suas funções. Caso as equipes se sintam impotentes para criar estratégias que interfiram ou minimizem os danos dessa situação faz-se necessário buscar apoio, seja no SUS ou no intersetor, fomentar coletivos que possam experienciar ações e/ou criar novas ferramentas de trabalho.

Vamos pensar no acolhimento como um grande “termômetro” tanto para ter maior capacidade de compreensão do território quanto para a organização do próprio serviço. Porém com frequência acentuada de uma mesma demanda, esta pode revelar-se não efetiva, podendo estas ações que tinham como ação principal prevenir problemas passem a produzir um certo atrito com a população em relação ao serviço. Sendo assim, esse termômetro qualifica a análise de gestão, pois explicita questões como:

- A estrutura física inadequada;
- O número insuficiente de profissionais;
- A forma de organização dos serviços;
- A necessidade de educação permanente;
- A pertinência das prioridades (por exemplo, priorizar equivocadamente atividades com jovens em uma população predominantemente idosa);
- O estrangulamento da rede;

- Dificuldade do trabalho em equipe, entre outros.

5.3 Ferramentas para o acolhimento eficaz na atenção básica com ênfase em saúde mental

Existem diversas formas de sofrimento humano que podem surgir em um dia de trabalho do profissional de saúde na atenção básica, sendo que muitas vezes parece que quanto maior a demanda de saúde para um determinado território, menores são as condições de trabalho que temos.

Neste sentido, é possível refletir como compreendemos e lidamos com tudo isso. Pois trabalhar cotidianamente com a responsabilidade de produzir cuidado para as pessoas parece uma atividade interminável, pois muitas vezes, suas famílias estão imersas em territórios com desafios, onde a solução nos parece distante, e que nos é percebido com capacidade limitada de governabilidade para enfrentá-los. Nessas condições, muitos profissionais aprenderam a lidar com o sofrimento através do distanciamento, do alargamento entre as relações humanas, sejam elas na relação entre trabalhador e usuário, gestor e trabalhador, ou até mesmo nas relações entre os colegas de uma mesma equipe. Esses trabalhadores, de modo geral e por diversas razões, criaram um modo de suportar o sofrimento presente no cotidiano através de um processo de trabalho por vezes pouco implicado, com tudo aquilo que remete ao modelo de trabalho prescrito e verticalizado.

Portanto, para conseguir suportar as situações cotidianas os profissionais focam estritamente naquilo que a unidade oferece e muitas vezes não buscam novas estratégias para resolução de problemas relacionados às falas dos usuários, valorizando ou desvalorizando estas, ocorrendo as mesmas situações na relação com a gestão ou com as equipes. Ou seja, não há uma reflexão, nem o devido debate coletivo sobre a eficácia do processo terapêutico e de comunicação desenvolvido.

Por outro lado, existe a tendência do profissional nessa relação ficar atento aos sintomas da doença ou da linha programática a qual o usuário se encontra, observando a saúde a partir da ausência de doença e não relacionando os demais determinantes sociais, para além do biológicos que produzem o sofrimento para além ou com a doença, pois com o passar do tempo, existe a tendência do profissional tornar-se insatisfeito com o trabalho, perdendo sua capacidade de articulação, não permitindo a integralidade do cuidado.

De outro modo, temos também o profissional implicado, que ao ser afetado com o sofrimento dos usuários acaba criando um processo de trabalho distinto dos demais colegas, sendo que este envolvimento feito de modo solitário, sem composição com a equipe de trabalhadores, sobrecarrega a produção do cuidado, criando então a imagem de um profissional que resolve tudo sozinho, pois não consegue confiar na equipe ou nos demais serviços da rede. Mesmo sendo um profissional dinâmico, com uma relação de proximidade com os usuários, seu trabalho acaba virando fonte de sofrimento ao se impactar e não aceitar constantemente os tempos, limites e reais possibilidades de oferta dos serviços.

Como pode-se notar, os modos mais extremos de lidar com o sofrimento do e no trabalho acabam gerando impacto também na saúde desses profissionais. A capacidade de lidar com as

questões trazidas pelos usuários exige tanto das habilidades e competências dos trabalhadores, quanto um processo de trabalho coletivo na Atenção Básica que esteja atento e preparado para receber essas demandas do território, de modo a criar mecanismos de trabalho vivo para a produção de resolutividade no cuidado as pessoas. Nesse sentido o acolhimento é uma diretriz operacional da reorganização do processo de trabalho.

Vejamos o caso a seguir:

Mesmo sem apresentar sintomas físicos preocupantes, a adolescente estava em profundo sofrimento psíquico, com ideação suicida, e não conseguiu expressar verbalmente esse sentimento para Eduardo no momento de sua avaliação física. Essa situação despertou em Letícia e Lúcia a necessidade de discutir os processos de trabalho na unidade, para isso escolheram a roda de conversa como uma metodologia possível, além de prepararem alguns materiais para compartilhar o que entendem e pesquisaram sobre acolhimento na Atenção Básica.

A resistência de Eduardo em participar da roda de conversa, apesar de ter apoiado a mobilização dos demais trabalhadores, revela a baixa implicação do trabalhador, e provavelmente de alguns outros colegas, com novos investimentos e estratégias para melhorar a unidade. Essa situação pode ter sido desencadeada tanto pela dificuldade do trabalhador em lidar com sofrimento e conflitos, quanto por ações pontuais e verticalizadas da gestão, que ao serem executadas sem capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação participativa e gerida, acabam desmotivando e fragilizando as equipes. Importante prestar atenção que para a médica Letícia, investir em acolhimento, no contexto atual daquela unidade, é intervir na saúde do trabalhador.

5.4 Acolhimento é o encontro para o cuidado

Como vimos o acolhimento é uma habilidade e competência a ser exercida por todos os trabalhadores da saúde, porque afinal de contas todos são pessoas envolvidas com a produção de cuidado para os usuários ou para os coletivos no território. Portanto, faz-se necessário envolver todos os profissionais para discutir sobre essa diretriz, sejam eles servidores públicos, contratados, trabalhadores de empresas terceirizadas que trabalham na unidade de saúde e quaisquer outros profissionais do serviço.

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica,

[...] é importante lembrar o princípio do SUS de acesso e acolhimento universal, direito de todo cidadão. Mais do que oferta de serviços, o acesso é considerado um modo de acolher, ouvir e responder a cada um e a cada situação que vive. É um momento privilegiado para o estabelecimento de vínculos, para a escuta respeitosa das questões que preocupam a família [...] (BRASIL, 2013, p. 63).

Infelizmente ainda são poucas as experiências em gestão do trabalho na saúde que acolhem a entrada de profissionais em determinadas funções, serviços ou territórios. Lembram do enfermeiro Eduardo, que demonstrou resistência em participar das ações organizadas por Lúcia e Letícia? É provável que Eduardo, assim como muitos usuários, também não se sinta acolhido no serviço. Essa é uma realidade de muitos profissionais. Em muitos locais é comum que trabalhadores sejam lotados em determinados locais de trabalho sem ter conhecimento sobre o que é o SUS ou qual a função a ser desenvolvida naquele espaço.

Estar preparado, ou em preparação, para o encontro com o outro, seja ele usuário, colega de trabalho ou gestor, também é promover acolhimento, pois profissionais e serviços que não se sintam aptos para acolher devem ser motivados e incluídos em processos de educação permanente e matriciamento, bem como acompanhamento das discussões ou acolhimentos com colegas mais experientes. Quanto mais exercitarmos o acolhimento mais nos fortalecemos nesse encontro.

5.4.1 Esse encontro é uma disponibilidade ao outro e ao território

Para que o ato de “estar com” ou “estar perto de” seja fidedigno, necessitamos criar momento e capacidade de disponibilidade ao outro e ao território. Essa disponibilidade também requer ser exercitada individualmente e nos coletivos para que promova o acolhimento. Quando tratamos de disponibilidade, estamos trazendo uma dimensão em que nos relacionamos com as pessoas, no desafio de não emitir julgamento moral, seja aos seus modos de existência ou ao que ela traz como sofrimento. Vivemos em uma sociedade alicerçada em diversos preconceitos, que estigmatizam modos de viver, distanciando completamente a capacidade de bons encontros. Precisamos perceber que nossos julgamentos morais sobre os outros e sobre o território geram profundas barreiras de acesso, prejudicando justamente as pessoas que se encontram em maior risco de vulnerabilidade.

O olhar, o escutar, o observar, o perceber e o entender a diversidade da forma de viver em família são fortemente influenciados pelas concepções de família, pelas crenças e valores de cada profissional. Mas essas barreiras culturais e de comunicação podem ser enfrentadas a partir de uma abordagem que favoreça a reflexão, o diálogo, a escuta e o acolhimento do usuário (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, o preconceito apresentado por um profissional e o seu julgamento moral em relação a situação de saúde e/ou doença de um membro da comunidade, ou desqualificando sua expressão de sofrimento poderá produzir até mais sofrimento na pessoa do que a mesma apresentava no dia da procura pelo serviço de saúde.

5.5 Acolhimento exige escuta qualificada

A escuta qualificada é uma forma de comunicação efetiva, que possibilita o reconhecimento da queixa e/ou problema, de modo que a pessoa se sinta compreendida em seu sofrimento físico ou psíquico. Portanto, não há espaço na escuta qualificada para desqualificação de sentimentos, pois precisamos inclusive estar atentos às formas de comunicação de determinadas populações, como por exemplo:

- a) Idosos que normalmente demandam mais tempo e menor aceleração no diálogo;

- b) Indígenas que, dependendo do povo, além de desenvolver o português como segunda língua ainda possuem toda uma cosmologia e um modo de habitar o mundo distinto da sociedade envolvente;
- c) Crianças que utilizam o imaginário como mais uma forma de expressão;
- d) Adolescentes que possuem uma grande ambivalência entre suas inseguranças e necessidades de afirmação; entre outros.

No caderno de atenção básica nº 34 diz que: “O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema”. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma “ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, parte do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante.”

A escuta qualificada deve ser antes de mais nada uma escuta investigativa, ou seja, é preciso a utilização de todos os sentidos para compreender informações, intervir e apurar sobre a situação do usuário. Ela deve ser composta por uma análise da demanda, que inclui as atividades de organização e avaliação entre demanda, necessidade, e desejo do usuário ou família. Transformar as queixas em demandas exige a construção de saber com o outro, bem como o incentivo a construção do autocuidado e do sentimento de pertença no processo terapêutico já nos primeiros momentos de cuidado. Devemos fazer isso porque as queixas, demandas ou pedidos nunca são necessariamente transparentes, muitas vezes eles se tornam mais claros para o usuário durante o diálogo com o trabalhador. Um incômodo, uma dor ou um sofrimento se revelam muitas vezes na capacidade de dialogar, por meio de uma escuta aberta, sem julgamentos morais. Ou seja, na escuta acolhedora que podemos produzir.

A avaliação da vulnerabilidade do sujeito e dos riscos envolvidos implica na atenção ao nível de sofrimento físico e psíquico. As vezes o usuário chega aparentemente bem na unidade de saúde, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas pode necessitar de um atendimento intenso, com maior grau de risco do que outros pacientes aparentemente mais necessitados (RUIZ, 2015).

Sem análise da demanda, o profissional pode acabar trabalhando de maneira mecânica no momento de registrar as queixas e condutas. Por vezes, a atuação se reduz à prescrição de procedimentos e medicamentos. Neste sentido, o acolhimento em uma unidade básica de saúde, que, a partir de uma simples solicitação de agendamento, pode se transformar em um complexo processo de cuidado (BRASIL, 2010a).

5.6 Construção de vínculo através da empatia e alteridade

O encontro a partir da disponibilidade e da escuta qualificada são ferramentas importantes para a construção e/ou manutenção dos vínculos sociais. O sentimento do trabalhador em possuir um vínculo forte com as pessoas, as famílias e a comunidade é um indicador de que o

acolhimento está sendo executado em alguma de suas dimensões. Para fortalecer esse processo é importante nos apropriarmos de dois conceitos/ ferramentas para nosso processo de trabalho.

O primeiro é a empatia, que apoia a construção de um vínculo pautado pela confiança, onde a pessoa com sofrimento percebe a capacidade do trabalhador em se aproximar da situação a qual ela está passando e acolher os sentimentos resultantes dela. Portanto, empatia é: a capacidade psicológica para sentir o que sentiria uma outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. É tentar compreender sentimentos e emoções que o outro indivíduo sente (BRASIL, 2013, p. 65).

O segundo conceito que trataremos aqui é o de alteridade, o qual implica o reconhecimento do outro como ser legítimo, como vida que deve ser cuidada e preservada, apesar dos estranhamentos e das diferenças as quais possuímos. Essa é uma premissa ética fundamental ao encontro com a diferença. Assim sendo, alteridade, vem de *alter*; “outro”, em latim. A alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito presente no mundo das relações intersubjetivas (BRASIL, 2010a).

Esse conceito expressa a capacidade que temos em nos relacionar com as pessoas, de modo respeitoso e digno, independente se concordamos com seus modos de existência e seus desejos. Significa conseguir tolerar e apoiar o processo de cuidado, fomentando a participação e o autocuidado, compreendendo o tempo de cada pessoa e valorizando sua capacidade de escolhas e tomadas de decisão na vida, mesmo não concordando com elas.

5.6.1 Acolhimento exige apoio e incentivo para o protagonismo de usuários e famílias

Na ESF o vínculo entre os profissionais de Saúde, família e comunidade é concebido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população. Esse vínculo de confiança vai sendo fortalecido por meio da escuta, do acolhimento, da garantia da participação da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), da valorização da família enquanto participante ativa do tratamento.

Fomentar o sentimento de pertença e protagonismo para o cuidado em usuários e familiares também é uma habilidade importante para o acolhimento resolutivo. A capacidade de encontro, disponibilidade e escuta qualificada para a construção do vínculo já produz um sentimento de pertença do usuário com aquele serviço, que será influenciado pelas demais experiências de acesso e cuidado que ele possuiu, seja com aquele profissional ou equipe específica, seja em outro serviço.

Pessoas em situação de alta vulnerabilidade e que não acessam ou não tenham acesso a políticas públicas tem maior dificuldade de desenvolver esse sentimento, portanto devem ter maior investimento da equipe na construção dessa relação com o serviço. Para avaliarmos com maior propriedade a capacidade de pertença bem como o limiar de potencialidade para o protagonismo necessitamos criar ferramentas e pactuações com a equipe sobre questões de vulnerabilidades e riscos. Assim como o sentimento de pertença por determinado processo de cuidado, cada usuário ou família terá uma capacidade de protagonismo. Saber discernir essa capacidade é fundamental para evitar tanto a falta de assistência quando a tutela demasiada de uma equipe

em seus usuários. É comum que no desenvolvimento do cuidado e na manutenção do vínculo os usuários vulneráveis, ao receberem a garantia de seus direitos, adquiram novas formas de protagonismo de seus projetos de vida, que devem ser acompanhados e constantemente repactuados em seus projetos terapêuticos.

5.7 Acolhimento é uma estratégia de intervenção na organização dos processos de trabalho

Após pautarmos o que é o acolhimento e quais as ferramentas necessárias para desenvolvimento dessas habilidades e competências nos trabalhadores e gestores, necessitamos estudar os desdobramentos necessários para sua implantação e implementação nos serviços de atenção básica.

Cabe aqui recordar que um trabalhador bem formado e qualificado no acolhimento, desenvolvendo seu trabalho em uma equipe ou serviço que não possui desejo e nem se afeta pela mobilização para sua implantação e implementação, tem sua potência no exercício do acolhimento significativamente prejudicada.

Recordamos diversas vezes ao longo deste capítulo que o acolhimento é uma postura ética na produção do cuidado, mas também um modo de processo de trabalho, cuja premissa é um modelo de saúde pautado na valorização da vida, independente de que forma ela seja vivida. Contudo, essa centralidade no sujeito exige fortes arranjos institucionais, e que as demandas do território que “não se encaixam” na agenda, seja pela disponibilidade real ou por não se tratarem dos modelos programáticos desenvolvidos no serviço, devem ser analisadas, por meio de indicadores de discussão dos processos de trabalho, bem como da lógica de atenção básica ofertada no território, que permite ou fomenta esse jeito de fazer. Sendo assim, o acolhimento deve ser visto pelos diferentes olhares, das mais diferentes práticas de modo crítico, através dos desafios e potencialidades da implantação e implementação do cuidado.

5.7.1 Acolhimento na gestão dos processos de trabalho no SUS

Vejamos algumas questões que devem ser constantemente pautadas e analisadas nos coletivos e nas reuniões de equipe para colocar em prática o acolhimento resolutivo:

- a) Reconhecer o protagonismo do usuário e dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- b) Valorizar e abrir possibilidades para o encontro entre o profissional, o usuário e sua rede social, entendendo a importância fundamental desse sistema no processo de produção de saúde;

- c) Reorganizar o serviço de saúde, partindo da problematização dos processos de trabalho, possibilitando a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário;
- d) Elaborar projeto terapêutico singular e coletivo, horizontalizando o cuidado;
- e) Fomentar mudanças na estrutura da gestão do serviço de saúde, de modo a ampliar a democratização nos espaços de discussão, promovendo a escuta, troca e tomada de decisões de forma coletiva. É importante garantir também o acolhimento dos profissionais e incentivar a acolhida às demandas da população;
- f) Promover uma postura de escuta e compromisso pautada no atendimento às necessidades de saúde dos usuários, levando em consideração a cultura, crença, saberes e capacidade de avaliação de riscos.
- g) Construir coletivamente as propostas de atuação em conjunto com a equipe local e com a rede de serviços e gestão de todos os níveis do sistema.

5.8 Acolhimento exige fortalecimento do acesso e da inclusão

Os princípios da universalidade e da equidade devem ser incorporados no cotidiano das práticas de saúde na atenção básica para o acesso e responsabilização pelo cuidado. Quando tratamos de acesso faz-se necessário entendê-lo em suas diversas dimensões:

- Acesso as unidades de serviço como garantia do cuidado;
- Acesso a qualidade na assistência (escuta/ vínculo/ responsabilização/ resolutividade);
- Acesso à continuidade do cuidado de modo integral e longitudinal;
- Acesso à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde (autonomia e protagonismo do cidadão–usuário e sua rede social);
- Acesso à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria (formas dignas/ potentes de viver a vida com autonomia).

Desse modo estaremos provocando mudanças estruturais significativas que produzem um acolhimento conectado com as redes de atenção à saúde, onde se produzem tecnologias e ferramentas para a realização da atenção básica como ordenadora do cuidado.

Serviços que incluem são serviços que, a partir de discussões da equipe e pactuação com as redes, desenvolveram instrumentos de avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades para sua população. O exercício cotidiano e analisador dessas estratégias no acolhimento qualificam o aprimoramento da produção de cuidado a partir da singularidade de cada usuário e/ou família. Desse modo a equipe percebe os graus de exigência que o serviço deve produzir na relação com o usuário, bem como os graus de exigência que a equipe deve se mobilizar para cada família.

Pessoas e famílias em alto grau de risco e vulnerabilidade exigem envolvimento e potencialidade inventiva maior das equipes do que pessoas e famílias com baixo grau de risco e/ou vulnerabilidade. Serviços de baixa exigência para o acesso do usuário possuem alta exigência e capacidade técnica para a equipe, pois o trabalho deve ser vivo, com relações horizontais e inventivo. Serviços de alta exigência para o acesso do usuário podem contar com equipes de baixa capacidade técnica, pois o trabalho é totalmente prescritivo, com relações verticalizadas e burocráticas.

5.9 Acolhimento exige atenção aos riscos e vulnerabilidades

O acolhimento exige processos de trabalho que sejam potencializadores para uma avaliação e classificação de riscos e/ou vulnerabilidades compatível com o território. A classificação de riscos é um dispositivo do acolhimento, cada vez mais utilizado nos serviços de urgência e emergência e se constitui pela adoção de protocolos de estratificação do risco. A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas tem impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata de atenção básica, principalmente quando pautamos o acesso e acolhimento tanto de sofrimento físico como de sofrimento psíquico.

Como vimos anteriormente na atenção básica a gestão do cuidado exige que estejamos atentos para combinação do olhar entre riscos e vulnerabilidades. Os critérios de vulnerabilidades, subjetivas, psíquicas e sociais, devem ser produzidos de modo coletivo entre as equipes com vistas a garantir que as especificidades do território sejam realmente pautadas. Por exemplo, territórios que contenham instituições de encarceramento, instituições de abrigos, espaços públicos de grande circulação, locais de permanência de pessoas em situação de rua, proximidades com comunidades tradicionais, áreas de risco de alagamentos ou desabamentos, prostíbulos ou cabarés, ocupações, etc., tem maior vulnerabilidade em relação as demais áreas.

Para além de estratificações de vulnerabilidades a partir de espaços geográficos, devemos também discernir sobre as situações das pessoas ou famílias que possam estar em vulnerabilidade, por exemplo: adolescentes gestantes, famílias com pessoas em cuidados paliativos, pessoas que recentemente tiveram diagnósticos de difícil compreensão (câncer, HIV/AIDS, Tuberculose), pessoas com diagnósticos de doença mental, usuários de álcool e outras drogas, etc; nestas situações a pactuação coletiva entre trabalhadores e gestão dessas ferramentas de trabalho na implantação do acolhimento facilitam sobremaneira a organização do trabalho e priorização de procedimentos e atendimentos de demandas.

Para uma capacidade de acolhimento efetiva as unidades de saúde necessitam discutir os modelos e agendas de atendimentos para garantir acesso também às demandas espontâneas.

5.10 Afinal como produzir um acolhimento efetivo?

Como podemos notar no decorrer desse capítulo, o acolhimento é uma ação complexa, cheia de nuances, com necessidades de investimento tanto na formação dos trabalhadores quanto na construção coletiva de processos de trabalho, e isso exige a superação de grandes desafios. Neste sentido, pautamos questões norteadoras para a efetividade do acolhimento, que surgiram por meio da experimentação cotidiana de gestores, trabalhadores e usuários na construção das políticas de atenção básica, saúde mental e humanização do SUS.

Por outro lado, podemos ver alguns métodos que adquiriram acúmulo a partir da experiência de implantação e implementação em distintos territórios. Todavia, nunca é pouco destacar, que cada estratégia deve ser constituída a partir do território no qual será executada. Essa é a grande potencialidade da atenção básica em saúde, a produção do cuidado a partir dos desafios e potencialidades dos sujeitos, famílias e territórios.

Uma grande referência de implantação a partir da realidade do território é experiência do acolhimento no município de Betim-MG. Em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde propôs uma mudança no sistema da rede de saúde. A proposta resumia-se à garantia do acesso a todas as pessoas que procurassem o serviço de saúde, induzindo aos trabalhadores a escutá-las, acolhê-las e resolver os problemas assinalados.

A primeira questão comum em diversas experiências: sem mudança no fazer em saúde não há acolhimento. Faz-se necessário problematizar o processo de trabalho com foco nas relações e na capacidade de inclusão. Construir a percepção do usuário e sua rede social como protagonista, participante ativo no seu processo de saúde. Além de mudança na relação profissional/usuário, profissional/profissional, profissional/gestor, através de parâmetros éticos, técnicos, de solidariedade e defesa da vida (gestão compartilhada do cuidado).

5.10.1 Desenvolvimento dos territórios

Os territórios que enfrentaram essas premissas desenvolveram:

- a) sintonização da agenda da equipe de acordo com a demanda, concebida a partir de estudo contínuo da demanda espontânea e programada, bem como estudo do território;
- b) Atenção Básica com adscrição clara de clientela;
- c) Utilização de várias filas para necessidades distintas. Por exemplo, usuários que vão pegar medicação ou trocar receita, fazer curativo, pedir para medir P.A, etc., não devem seguir o mesmo caminho;
- d) Agentes Comunitários de Saúde bem formados e com participação ativa nas discussões de equipes e acompanhamento dos casos. Fazendo visitas domiciliares, acolhendo dúvidas, discutindo com equipe usuários que precisam de atendimento rápido e aqueles que podem ser agendados posteriormente. Equipes podem criar rodízio de comunicação através de celular com ACS, possibilitando à população acesso direto para agendamento, esclarecimento de dúvidas, retorno do médico ou enfermeiro, entre outras possibilidades.

- e) Preparação para compreender e lidar com o sofrimento singular, com pessoas e suas necessidades, e não apenas com doenças;
- f) Pactuação entre a equipe e os usuários de forma constante, visando atender às necessidades de saúde da população de maneira adequada. Discutir continuamente essa proposta com a população possibilitará a ampliação da escuta.
- g) fazer ativação e mobilização de redes sociais e movimentos: tríplice inclusão (gestão, trabalhador e usuários);

A dinâmica do acolhimento pode revelar problemas complexos, colocando profissionais diante dessas situações. A resolução dependerá da interação da equipe, do envolvimento intra e intersectorial e da relação com o usuário e sua rede de apoio. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades.

A elaboração dos protocolos deve ser realizada a partir da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de todos os profissionais. Desse modo foram concebidas algumas modalidades de processo de trabalho para organização do acolhimento na Atenção Básica, que serão discutidas a seguir.

5.10.2 Acolhimento pela equipe de referência do usuário

O acolhimento pela equipe de referência do usuário possui como vantagem a responsabilização entre equipe e população, além da potencialização do vínculo. Tem como fator dificultador a capacidade de conciliação com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é alta; conciliação com as atividades da equipe fora da unidade.

5.10.3 Equipe de acolhimento do dia

A equipe de acolhimento do dia possui como vantagem que a organização das equipes que não estão “escaladas” pode realizar as atividades programadas com mais facilidade. Possuem como desvantagem uma possibilidade de menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita.

5.10.4 Acolhimento Misto

Realizado por equipe de referência do usuário aliada a equipe de acolhimento do dia. Modalidade intermediária entre acolhimento por equipe e acolhimento do dia, mas requer comunicação intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas e processos de cuidado.

5.10.5 Acolhimento coletivo

Esse tipo de acolhimento permite envolver toda a equipe na primeira escuta, possibilitando a identificação do usuário com risco e sofrimento mais evidentes, contribuindo com a capacidade de auto avaliação dos riscos pelos usuários. Inconvenientes: possível constrangimento pela exposição; riscos e vulnerabilidades pouco evidentes demandam articulação com escuta individualizada.

5.11 Considerações Finais

Com base nos conteúdos e exemplos vistos neste capítulo, procure sempre avaliar como se dá o acolhimento no serviço ao qual você está vinculado, mas de forma crítica, reflexiva dentro de padrões éticos e morais, propondo sempre melhorias nas ações em saúde, centrado sempre no sujeito, que é um ser indivisível e singular e que muitas vezes esta sofrendo calado a espera de uma escuta qualificada e afetuosa.

Finalizamos aqui este capítulo, onde é possível compreender qual o conceito de acolhimento que o Sistema Único de Saúde preconiza através da Política Nacional de Humanização em Saúde, e que para uma implantação e implementação eficaz necessitamos de investimentos formativos para o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais, além de processos organizativos no ambiente de trabalho e na qualificação das equipes de atenção à saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Caderno de Textos – Cartilhas da Política Nacional de Humanização**, 2010a. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2535>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

RUIZ, Erasmo. Empatia: quero olhar pelo seu olhar. **Rede Humaniza SUS**. 2015. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/88791-empatia-quero-olhar-pelo-seu-olhar/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

SÉRIE SUS. Os princípios do SUS. **YouTube**. 7. jul. 2015. Disponível em: <<https://youtu.be/PzVxQkNyqLs>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

Capítulo 6 - Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica

Dinarte Alexandre Prietto Ballester

6.1 Transtornos mentais na atenção básica

Os problemas de saúde mental, ao contrário do que podem parecer, são bastante comuns na prática da atenção básica. Se considerarmos os estudos epidemiológicos realizados no Brasil e em outros países, uma em cada duas pessoas que buscam atendimento trazem algum problema psicossocial. E a cada três ou quatro pessoas, uma delas poderá estar sofrendo algum transtorno mental (ÜSTUN e SARTORIUS, 1995; FORTES *et al.*, 2011).

Nesse capítulo o objetivo é melhorar a habilidade para identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida nos serviços básicos de saúde, utilizando instrumentos de rastreamento para transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, somatização), abuso do álcool, dependência do tabaco e risco de suicídio.

Para começo de conversa, é fundamental diferenciarmos o que chamamos um “problema” de um “transtorno” mental. Os problemas, chamados psicossociais porque geralmente envolvem estressores ambientais e situação socioeconômica, que repercutem nas emoções e no comportamento das pessoas, são muito frequentes e, mesmo que não configurem um “diagnóstico”, podem causar sofrimento intenso e persistente. As pessoas procuram os serviços de saúde, especialmente na atenção básica e nos pronto-atendimentos, porque necessitam algum alívio para esse sofrimento, que demanda alguma intervenção, muitas vezes sendo suficiente para aquele momento uma escuta dedicada.

Porém, os transtornos mentais, que são identificados através de critérios diagnósticos nas classificações como a CID-10 (OMS, 2017) e sua versão para cuidados primários, também são comuns, tanto quanto a hipertensão arterial, o diabetes e outros problemas de saúde, que fazem parte da rotina da atenção primária. Como não existem testes diagnósticos de laboratório ou imagem que sejam suficientes para identificar os transtornos mentais, apenas o conhecimento dos profissionais de saúde e a disposição em cuidar da saúde mental da comunidade serão os seus instrumentos de trabalho. Uma vez identificadas, as pessoas que estejam com algum transtorno mental também irão necessitar de intervenções apropriadas. Diante de problemas ou transtornos, a questão é: qual a intervenção mais adequada para cada situação?

No dia-a-dia dos serviços de saúde, com as limitações de tempo e espaço para o atendimento, ou na ausência de intervenções psicossociais mais específicas, os profissionais se veem com poucas alternativas de ação, resultando na prescrição de um psicofármaco ou no encaminhamento para um serviço especializado em saúde mental. Assim sendo, neste capítulo vamos nos dedicar a qualificar a nossa capacidade de identificação de alguns problemas e transtornos,

com a ajuda de instrumentos que foram desenvolvidos para esta finalidade, já conhecidos e adaptados à nossa realidade, como por exemplo o Cartão Babel (GONÇALVES, 2009) que você poderá acessar na internet, e que são de domínio público, qualificando desta forma o seu trabalho dentro do campo da atenção psicossocial.

Antes de falarmos dos transtornos, vamos conversar sobre os riscos para a saúde mental e revisar alguns tópicos sobre o exame do estado mental, que é fundamental para o desenvolvimento de habilidades para identificar as pessoas que possam necessitar de intervenções mais específicas, sejam elas medicamentosas ou psicossociais.

6.2 Risco para transtornos mentais

É bastante comum que as pessoas atribuam alguma causa ao seu sofrimento, o que pode envolver o seu estado de saúde, outras pessoas, o ambiente etc. Em relação à saúde mental e suas perturbações, isso é ainda mais nebuloso, e aqui o dito popular “de médico e de louco todo mundo tem um pouco” costuma causar confusão. Os transtornos mentais se denominam dessa forma, e não como “doenças”, exatamente porque lhes faltam limites precisos entre agente etiológico, evolução e prognóstico, como é bem mais definido numa infecção, por exemplo. Portanto, os problemas e transtornos mentais são multifatoriais, sendo difícil atribuir-lhes uma única causa. A sua compreensão exige um modelo complexo, que leve em conta o ambiente, aí incluída toda a complexidade das sociedades humanas, as experiências emocionais vividas desde a concepção e nascimento, o substrato biológico que nos constitui como corpo, indivíduo semelhante, mas único na sua espécie (SUSSER, 2006).

É fácil considerar que todos nós estamos sujeitos a estressores psicossociais, que fazem parte da nossa vida de relação com familiares, amigos, colegas de trabalho, e no caso dos profissionais de saúde, os usuários dos serviços de saúde. Além disso, a sobrevivência diária num ambiente por vezes hostil, as memórias do passado e as incertezas do presente e do futuro. Algumas pessoas, dependendo da capacidade de resiliência frente a esses problemas da vida, irão experimentar períodos de sofrimento mental e maior exposição ao risco de adoecer em sua compleição física e mental.

Como já dissemos, os transtornos mentais são definidos por critérios diagnósticos, que se caracterizam por sintomas, períodos de tempo, graus de intensidade e incapacitação, comorbidades entre si e com outras condições médicas. No dia-a-dia dos serviços não é algo fácil ter à mão um manual diagnóstico, como a CID ou o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – TITO, 2014), para consultar enquanto atendemos as pessoas. Quando um sofrimento que se expressa como tristeza poderá ser diagnosticado como depressão? Aquela inquietação e ansiedade que há tempos incomodam o usuário do nosso serviço seria um transtorno mental? O uso daquela bebida alcoólica pode estar sendo prejudicial para algumas pessoas da comunidade? São questões por vezes difíceis de esclarecer se não conhecermos bem as pessoas, suas famílias e a comunidade onde está inserido o nosso serviço. Por isso mesmo, a atenção primária à saúde proporciona muitas oportunidades para a prevenção e a identificação precoce dos problemas e transtornos mentais.

Embora as classificações se proponham a ter critérios diagnósticos com base em estudos populacionais, que testam a validade e a confiabilidade entre avaliadores, nem sempre tudo é

tão verificável e “estatístico” na realidade. Na clientela da atenção primária, considerando o espectro entre problemas e transtornos mentais, há uma miríade de condições subclínicas, que não chegam a contemplar todos os critérios para um diagnóstico segundo a classificação, mas causam sofrimento e levam as pessoas a buscarem a ajuda dos profissionais de saúde.

Os determinantes sociais de saúde e doença, tais como renda, educação, nutrição, higiene, habitação, abastecimento de água e saneamento, exposição à violência no campo e nas cidades, dentre outros fatores, irão influenciar na expressão dos problemas e transtornos mentais, que devem ser considerados em sua complexidade, para além de meros problemas médicos. Por outro lado, os novos conhecimentos sobre as causas, a prevenção e o tratamento desses transtornos, e a introdução de políticas de intervenção mais acessíveis, combinando mudanças estruturais e ações de indivíduos, tem trazido benefícios substanciais, embora sempre sujeito a retrocessos.

Nesse contexto, a depressão tem se tornado um mal da atualidade, ocupando o quarto lugar entre as dez principais patologias em nível mundial, sendo que as projeções indicam que, nos próximos anos, ocupará a segunda posição nos indicadores de carga de doença, sendo uma das principais causas de incapacitação e afastamento laboral. As pesquisas apontam que, ao redor do mundo, “cerca de 70 milhões de indivíduos sofrem de dependência ao álcool e outros 24 milhões de esquizofrenia. Um milhão de pessoas comete suicídio anualmente, sendo que entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se” (WORD HEALTH ORGANIZATION).

Portanto, quase todas as pessoas experimentam, em si ou em suas famílias e conhecidos, alguma perturbação mental. Os transtornos mentais tornaram-se um desafio para o desenvolvimento global da saúde, pois são doenças crônicas que ameaçam a qualidade de vida e geram forte impacto na economia e saúde nos mais diversos países.

Para fortalecer os fatores de proteção contra os transtornos mentais, é essencial a implementação de ações assistências e incentivo à pesquisa. Já o desenvolvimento dos fatores de risco está relacionado a diferentes aspectos, como ambientais, hereditários e outros. Os fatores de risco são entendidos como a probabilidade de uma pessoa com saúde adquirir uma doença quando exposta. Esses aspectos sozinhos não são determinantes para o desenvolvimento de uma doença ou transtorno, mas associados podem aumentar a probabilidade da ocorrência.

Alguns dos principais riscos para transtornos mentais são apresentados na Figura 19:

Figura 19. Fatores de risco para os transtornos mentais



Fonte: Chiaverini, 2011.

É possível afirmar, a partir de diferentes aspectos, que os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais estão presentes antes mesmo do nascimento (GOTTESMAN, *et al.*, 2010). Mas, mesmo que haja correlação direta entre carga genética e risco, somente a questão genética não determina o desenvolvimento de um transtorno, apenas favorece um modelo aditivo de interação entre fatores genéticos e ambientais (FRANK, *et al.* 2001; SINGER, *et al.*, 2002; YAMAGUCHI, *et al.*, 2008).

Esses fatores, em conjunto, em uma fase fragilizada do indivíduo, podem ocasionar uma cadeia de eventos que alteram o desenvolvimento cerebral, podendo gerar assim uma estrutura mais vulnerável ao surgimento e à perpetuação de transtornos mentais (WEISS, LONGHURST e MAZURE, 1999; HAY *et al.*, 2002; ARARIPE NETO, BRESSAN e BUSATTO FILHO, 2007; PARAS *et al.*, 2009). Por isso, é essencial fortalecer as potencialidades do sujeito, bem como seus vínculos sociais e metas de vida.

Desta forma, o desenvolvimento da depressão depende da influência de diversos fatores de risco, relacionados a aspectos ambientais e constitucionais, tais como citados por Dowlati *et al.* (2010):

- Histórico na família de depressão ou suicídio

- Experiências traumáticas que ocorreram na infância
- Fraco ou inexistente suporte social
- Baixo nível socioeconômico
- Abuso de drogas (lícitas ou ilícitas)
- Puerpério
- Residir em área urbana
- Ser portador de condição clínica grave/crônica; por exemplo: câncer, HIV, Alzheimer, diabetes, etc.
- Eventos de vida estressores; por exemplo: alteração intensa de rotina, perda de um ente querido ou desemprego.

Pessoas que possuem doenças crônicas tem maior propensão a tornarem-se deprimidos, baseado na teoria da depressão como uma afecção com componente inflamatório (HALBREICH *et al.*, 2004).

Com relação a gestação, acredita-se que mesmo sendo uma situação desejada é sempre geradora de estresse. Assim, alguns fatores de risco nessa situação são: baixo nível econômico e educacional, desemprego, idade em que engravidou e falta de suporte, histórico familiar com transtornos de humor, eventos negativos, conflitos conjugais e familiares, falta de apoio social e percepção com relação à gravidez. Existem ainda estudos a respeito da associação com o tabagismo e abuso de drogas, sem relação de causa e efeito bem estabelecida (BLAZER, 2006).

No que se refere à população geriátrica, pode-se afirmar que alguns fatores biológicos estão associados à depressão tardia, como má regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, alterações do ciclo do sono e de outros ritmos circadianos, deficiência de folato e de vitamina B12 e níveis aumentados de homocisteína. São considerados fatores de risco o estresse, a perda da autonomia ou frustração e dificuldades para a realização de atividades cotidianas e o fraco ou inexistente suporte social e familiar. Nas mulheres, a menopausa também pode ser um fator importante (DUNCAN *et al.*, 2013).

A Figura 20 demonstra as várias fases do ciclo vital, e os principais fatores de risco existentes em cada uma delas.

Figura 20. Fases do ciclo vital e fatores de risco

Concepção	Gestação	Infância	Adolescência	Vida adulta	Terceira idade
<ul style="list-style-type: none"> • Herança genética • Infecções perinatais 	<ul style="list-style-type: none"> • Privação do sono 	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição • Fraco suporte social • Abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor nível educacional • Negligencia • Abuso de drogas • Experiências traumáticas • Autoimagem negativa • Alterações hormonais 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível socioeconômico • Falta de relações interpessoais • Gestação indesejada • Conflitos conjugais • Puerpério 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da autonomia • Doenças crônicas • Desequilíbrios hormonais • Ritmo circadiano

Fonte: Chiaverini, 2011.

No que se refere à prevenção e tratamento, os fatores de risco são um grande desafio, e, ao mesmo tempo, uma grande oportunidade. Faz-se necessário um trabalho conjunto da comunidade, da família e de diferentes setores, que vão além da atuação em saúde. A qualidade dos serviços e a articulação entre eles também são fundamentais, para um trabalho de grande complexidade, mas de fundamental importância, que merece ser priorizado nas políticas públicas.

6.3 O exame do estado mental: funcionamento normal e sinais e sintomas dos transtornos mentais

Avaliar o estado mental é uma prática essencial no cuidado em saúde mental. Existem várias orientações a respeito de como avaliar as funções psíquicas. É importante ressaltar que a noção de “normal” é variável, a depender no meio social e cultural, e por isso, deve sempre ser levada em consideração na ocasião de uma avaliação. Algumas manifestações religiosas, por exemplo, representam expressões culturais, e não devem ser avaliadas como patológicas.

Esse modelo de avaliação está dividido em blocos, que compreendem desde a consciência, expressa no nível de funcionamento do sistema nervoso, até funções mais elaboradas, tais como o pensamento, humor, sensopercepção e expressão através do afeto. Avalia também funções cognitivas, tais como orientação, atenção, memória, inteligência e linguagem. A maioria das funções podem ser avaliadas por meio de uma conversa ou num processo de atendimento rotineiro. Por isso, não é indicado esperar o “momento ideal” para realizar a avaliação, mas realizá-la no decorrer do processo de atendimento, de modo que esteja entrelaçada com a prática. Eventualmente será necessário investigar de forma mais detalhada alguma função. Assim, é possível pedir que a pessoa explique melhor determinado pensamento ou opinião.

Para reforçar quais aspectos devem ser avaliados num exame de estado mental, há uma mnemônica simples: ASMOCLPIAC. Significa Atenção- Sensopercepção- Memória- Orienta-

ção- Consciência e Pensamento- Linguagem- Inteligência- Afeto- Conduta. Alguns profissionais incluem também avaliação do juízo crítico, que é a capacidade de avaliação baseada na realidade.

Consulte a seção do Cartão Babel (GONÇALVES *et al.*, 2009) (Anexo 3) que descreve o exame das funções psíquicas. Leve o cartão no bolso do seu jaleco, ou deixe-o sobre a sua mesa de trabalho no dia-a-dia do atendimento no Serviço de Saúde. Após um tempo de prática você acabará incorporando o exame do estado mental na sua prática (ÜSTUN e SARTORIUS, 1995).

6.4 Transtornos mentais comuns (TMC): depressão, ansiedade, somatização

Entende-se como transtornos mentais e comportamentais as condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os Transtornos Mentais e Comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos. Os transtornos mentais comuns (TMC) incluem sintomas depressivos, ansiosos e somatização, manifestações que são influenciadas pelas condições socioeconômicas e culturais da população.

6.4.1 Recomendações para o acolhimento do usuário nas unidades de saúde

1. Promover a escuta qualificada, sem desvalorizar ou menosprezar a sua percepção e conhecimento.
2. Examiná-lo a fim de investigar sobre patologias orgânicas que justifiquem a queixa, tranquilizando-o com a atenção dispensada.
3. Buscar informações sobre a sua vida em geral e sua rede de apoio.
4. Verificar se o usuário relaciona os sintomas com algum acontecimento (perda de emprego ou morte de um parente, por exemplo).
5. Avaliar o estado mental e a gravidade do seu sofrimento.
6. Questioná-lo a respeito de qual tipo de apoio seria de sua preferência na superação do problema.

Para uma visão integrada de sofrimento mental e físico, pois é comum que o sofrimento mental também se expresse através de queixas físicas, o usuário necessitará de esclarecimento e apoio para fortalecimento e enfrentamento dos problemas. Assim, a equipe de saúde deverá oferecer espaços de escuta e acolhimento, como por exemplo, participação em grupos e em atividades que promovem o contato, como a atividade física ou o desenvolvimento de trabalhos manuais, ou ainda incentivo aos espaços sociais comunitários, entre outras ações.

Para alguns casos, poderá ser útil a visita domiciliar, e alguns poderão necessitar discussão com o matriciamento em saúde mental ou referência para serviços especializados.

6.4.2 Princípios que norteiam o cuidado ao usuário

1. Quando os critérios de classificação utilizados nos manuais internacionais indicam a existência de um transtorno mental; o Cartão Babel (em anexo no final deste capítulo), apresenta alguns instrumentos de triagem para ansiedade e depressão baseados nestes critérios (FORTES *et al.*, 2011).
2. Em alguns casos deverá ser considerada a utilização de medicação, o que poderá proporcionar alívio e capacidade de enfrentamento, reduzindo o tempo de evolução e a gravidade do transtorno.
3. Quando o paciente apresenta comprometimento funcional, com prejuízos ou impactos em sua vida laboral, pessoal e familiar.

6.4.3 Outros aspectos importantes

- O comprometimento da saúde física e o risco de suicídio;
- Os transtornos ansiosos podem se manifestar com crises de pânico, que podem ser muito incapacitantes;
- Se as queixas somáticas tem outra explicação médica, e se trazem algum prejuízo laboral ou familiar;
- As queixas somáticas devem ser valorizadas, mas não precisam ser o único foco do atendimento, que pode ser ampliado para conversar sobre suas dificuldades pessoais e seus relacionamentos.

A equipe que atenção primária, por meio do vínculo com o usuário e sua família, tem várias possibilidades de intervenção. O acolhimento e escuta são estratégias fundamentais, de modo a permitir a reflexão e a possibilidade de enfrentamento do sofrimento que advém de problemas da vida, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do usuário. Algumas orientações sobre técnicas grupais podem ser encontradas no Guia de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011).

Os profissionais já são bastante exigidos no trabalho das Unidades Básicas, e lidar com problemas mentais pode parecer algo para além da sua competência, ou ser visto como um aumento da demanda de atendimentos. A experiência com a capacitação das equipes de saúde tem demonstrado que estas competências podem ser desenvolvidas, através da aquisição de conhecimentos sob medida para a atenção básica, a interação com os especialistas dos CAPS ou Equipes Multiprofissionais, a prática no dia-a-dia do serviço e o desejo de prestar um atendimento integral à saúde da população. Como a epidemiologia já nos revelou, não necessariamente haverá um aumento da demanda, pois estes usuários já estão sendo atendidos pela UBS ou são moradores da sua área de abrangência, só que se apresentam através de queixas físicas ou outras condições médicas.

6.4.4 Dificuldades enfrentadas pelos profissionais na detecção e cuidado aos transtornos mentais comuns

- 1) Pacientes em sofrimento mental que procuram as equipes da atenção primária são diferentes daqueles atendidos na atenção especializada; pode-se afirmar que existe uma clínica específica para os transtornos mentais na atenção primária.
- 2) Pode haver dificuldade em delimitar a fronteira entre o sofrimento emocional, considerado “normal”, mas que necessita de acolhimento e escuta, e um transtorno mental, que é um processo patológico que necessita de tratamento e acompanhamento.
- 3) É comum os usuários buscarem atendimento para sintomas físicos sem explicação médica, sob uma linguagem culturalmente determinada como, por exemplo, queixar-se de “sofrer dos nervos”.
- 4) As classificações nosológicas, com critérios categoriais, nem sempre se adaptam aos cuidados na atenção básica; existem classificações específicas para a saúde mental na atenção primária, tais como a Classificação Internacional de Doenças, Versão para Cuidados Primários (CID10-CP) e Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC, sigla em inglês).

6.4.5 Outros pontos que merecem atenção

- 1) Prescrições de benzodiazepínicos e outros ansiolíticos sem acompanhamento regular; a “renovação” de receitas não deve ser feita de modo contínuo e indiscriminado, revisando a condição dos pacientes em intervalos estabelecidos individualmente, que não ultrapassem 3 a 6 meses; os fármacos devem ser utilizados corretamente, em conjunto com apoio psicossocial e outras atividades de suporte;
- 2) O uso inadequado de antidepressivos, por vezes em subdoses ou por tempo insuficiente; quando uma medicação é prescrita, ela deve ser usada com a dose indicada, e pelo tempo adequado;
- 3) Problemas na referência para atendimento em serviços de saúde mental: dificuldade de acesso ao serviço especializado, não comparecimento em atendimento agendado, circulação descoordenada por diversos serviços de saúde.

Os transtornos mentais comuns fazem parte da demanda característica da atenção básica. Os vínculos com a equipe, o usuário e sua família, poderão facilitar a identificação e o manejo desses problemas (HAWTON e VAN HEERINGEN, 2009).

6.5 Risco de suicídio

A prevenção do suicídio é também parte do cotidiano das equipes de saúde, por meio do contato continuado de pessoas em situação de vulnerabilidade.

6.5.1 Conceitos básicos

- O suicídio em si é o ato de violência autoprovocada que resulta em morte, com evidências de que havia intenção de morrer.
- A ideação suicida é o pensamento sobre a morte e o morrer; pode ser representado de modo tênue, como a vontade de desaparecer, ou mais grave, com a formação de um plano que indique a possibilidade de concretizar o suicídio.
- A intenção suicida é o desejo subjetivo de que um ato autodestrutivo resulte em morte.
- O comportamento suicida refere-se a um conjunto de ações com a intenção de efetivar o suicídio; deve ser avaliada a letalidade deste comportamento, ou seja, o quanto a ação de fato incorreu em risco à vida.
- A tentativa de suicídio é um ato autodestrutivo com intenção de morrer, mas que não alcançou o objetivo final, sendo um ato de consequências não fatais.
- O risco de suicídio refere-se à probabilidade de um suicídio ser efetivamente cometido, a partir das ações e fatores de risco do indivíduo; esse risco pode ser avaliado em um momento de acolhimento.

Algumas pesquisas estimam que aconteça uma morte por suicídio a cada 40 segundos, alcançando mais de um milhão de mortes por ano, ou, 16 mortes a cada 100 mil pessoas. As taxas de suicídio são extremamente variáveis entre países, e até mesmo entre regiões de um mesmo país (MELLO-SANTOS, WANG e BERTOLOTE, 2005). No Brasil, acontecem entre três e quatro mortes por 100 mil pessoas, decorrentes de suicídio, sendo que o país aparece entre os 10 primeiros em número absoluto de mortes (KUTCHER e CHEHIL, 2007; BRASIL, 2017).

6.5.2 Fatores de risco

Os fatores de risco podem ser de dois tipos. Os distais são difíceis de serem alterados, definem fatores relacionados à carga genética, traços de personalidade, traumas e distúrbios. Os proximais são relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais, doenças físicas, crises, exposição a fatores familiares e ambientais.

6.5.3 Avaliação do risco de suicídio

As questões que circundam o suicídio devem ser discutidas de forma aberta com o usuário. A abordagem correta pode gerar alívio de angústia e mudança de percepção sobre o sofrimento (SCHMITT, 2008). Apesar de ser um assunto delicado, algumas perguntas podem auxiliar nesse momento de acolhida e investigação.

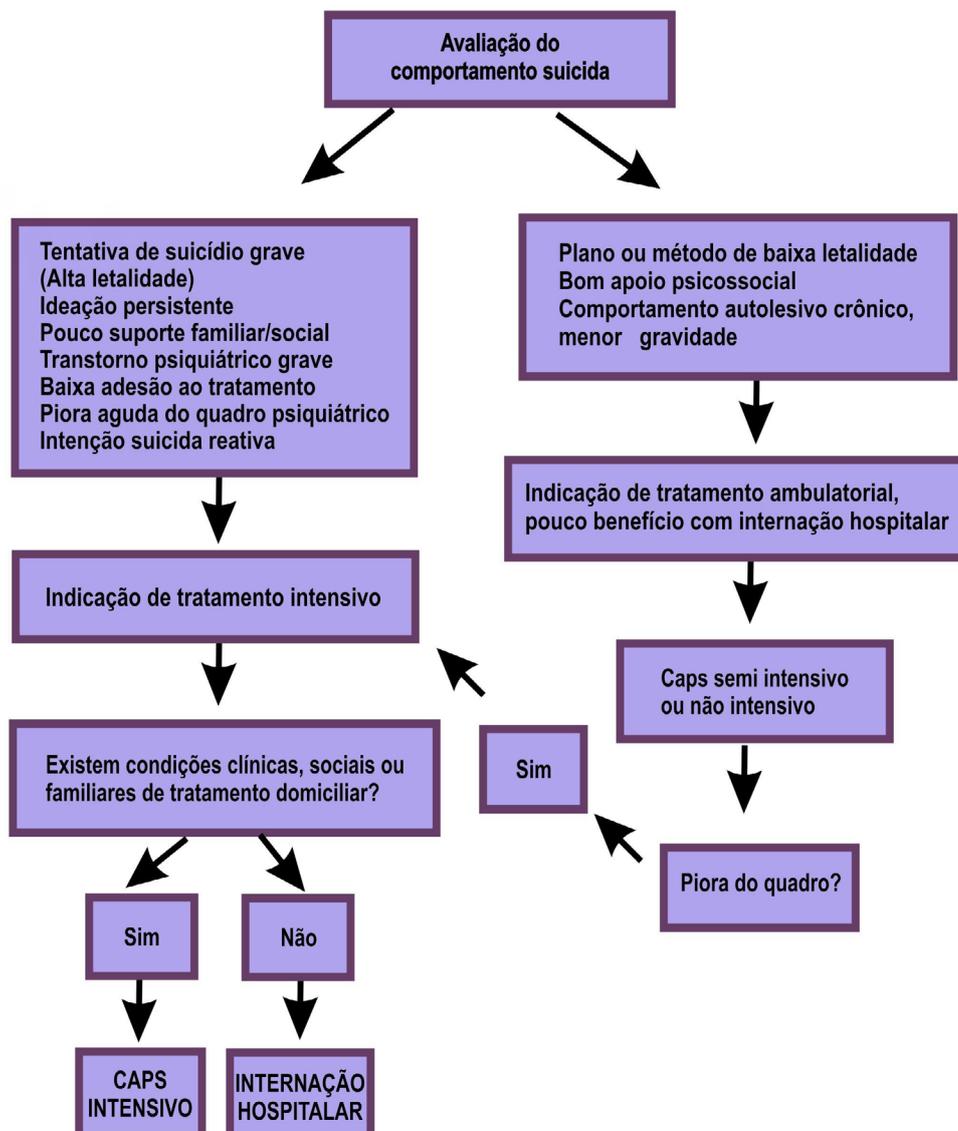
O Cartão Babel inclui um instrumento que poderá auxiliar na avaliação e acolhimento de pessoas que apresentam risco de suicídio trata-se de um breve questionário com 6 perguntas que avaliam pensamentos sobre morte, desejo de fazer mal a si mesmo, pensamento sobre suicídio,

planejamento sobre suicídio, tentativa de suicídio recente e tentativas durante a vida. O escore que indica graus leve, moderado e grave para o risco de suicídio é apenas uma referência, para que o profissional possa adotar as condutas adequadas a cada caso, considerando outros fatores, como a associação com transtorno mental e a disponibilidade da rede social de apoio (OMS, 2017).

6.5.4 Manejo

O manejo de situações relacionadas ao risco de suicídio irá variar conforme o grau, circunstâncias e características do indivíduo avaliado, conforme demonstrado na Figura 21.

Figura 21. Manejo e avaliação do comportamento suicida



Fonte: Chiaverini (org), 2011.

Nos locais onde não haja disponibilidade de serviços especializados na rede de saúde, como os CAPS ou unidades de internação hospitalar especializadas, as equipes de atenção básica poderão lançar mão de estratégias como visitas domiciliares e consultas mais frequentes, ou internação em enfermaria clínica no hospital geral com medidas de segurança, estabelecendo um “contrato de não-suicídio”, que seria o reforço do vínculo terapêutico com os usuários e suas famílias, o que costuma funcionar bem em muitos casos. No entanto, compete às equipes avaliar as situações em que a transferência da pessoa para um ambiente mais protegido será a medida mais adequada para a preservação da vida.

6.6 Abuso do álcool e dependência do tabaco

O uso abusivo e o tráfico de substâncias psicoativas geram uma série de problemas de saúde pública e segurança, que exigem o envolvimento de vários pontos de atenção do sistema de saúde e da sociedade como um todo. Embora a atenção básica se situe numa posição privilegiada para a prevenção ou redução de danos causados pelo consumo dessas substâncias, muitas vezes os profissionais não sabem bem por onde começar, ou simplesmente encaminham os usuários “problemáticos” para os serviços de saúde mental, nem sempre disponíveis.

É comum a prevalência de transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, especialmente o tabaco. São condições usualmente negligenciadas pelos profissionais da saúde da família, que se deparam com uma diversidade muito grande de situações relacionadas a abuso ou dependência de substâncias.

Em situações graves, a tendência é o encaminhamento imediato aos serviços de referência, como os CAPS AD. O apoio dos profissionais especialistas é muito importante para o matriciamento e articulação da rede, principalmente porque muitos trabalhadores dos serviços básicos sentem-se inseguros no que diz respeito ao tratamento de usuários nessa situação de abuso e comorbidade social.

Deve-se incentivar a criação de projetos terapêuticos singulares (PTS), em conjunto com uma equipe de matriciadores, incluindo questões referentes à manutenção do vínculo e a redução de danos. É comum os usuários desenvolverem uma relação de confiança com a equipe de saúde. Assim, é essencial que a equipe consiga acompanhar também a família, por meio de visitas domiciliares e consultas rotineiras. O sigilo e as estratégias de abordagem familiar são fundamentais nesse processo.

Uma estratégia a ser utilizada no processo de avaliação de um usuário é a entrevista motivacional para a mudança de comportamento. Na fase de contemplação, quando apoiadas e incentivadas a uma mudança de vida, as pessoas podem agir de forma diferente, ocasionando uma alteração da relação entre o indivíduo e a dependência. Uma abordagem inicial bem-sucedida junto ao paciente, com avaliação do grau de dependência e das comorbidades psiquiátricas e clínicas, poderá favorecer não só a melhora clínica como também uma possível cessação da dependência (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).

Um dos instrumentos indicados pelo Ministério da Saúde é a escala ASSIST (alcohol, smoking and substance involvement screening test, ou teste de rastreamento para

envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias), que avalia o padrão de uso de diversas drogas, e apresenta as intervenções mais adequadas para cada caso (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Já o CAGE é um instrumento voltado ao alcoolismo, e está incluído de forma sucinta no Cartão Babel. É composto por perguntas relacionadas à tentativa de parar de beber, à percepção sobre o hábito de beber, a sensação de culpa e o uso de bebida desde o início do dia. Há ainda o teste de Fagerström, disponível no Cartão Babel, que aponta o grau de dependência de nicotina e auxilia o clínico na escolha de terapia farmacológica, se necessário (SUSSER *et al.*, 2006).

O uso destes instrumentos requer conhecimentos básicos sobre a estrutura e funcionamento destes instrumentos e técnicas, para o treinamento das habilidades de entrevista, com o apoio dos profissionais do CAPS ou do NASF-AB (equipes multiprofissionais).

A melhor forma de cuidado se dá através de uma avaliação centrada no indivíduo, que possibilite compreender o padrão de dependência, ou o grau de risco pessoal e prejuízo nas relações sociais. É importante promover para o usuário e sua família a inserção em grupos psicossociais. Além disso, no que se refere à drogadição, orientação frequente e estímulo a hábitos saudáveis podem auxiliar, compreendendo que a prevenção é o melhor caminho.

Referências

ARARIPE NETO, A. G; BRESSAN, R. A; BUSATTO FILHO, G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, p. 198-203, 2007.

BLAZER, M. D. **Psiquiatria geriátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 48, n. 30, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde**. CHIAVERINI, D. H. *et al.* (org). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DOWLATI, Y. *et al.* A meta-analysis of cytokines in major depression. **Biological Psychiatry**. v. 67, n. 5, p. 446-457, 2010.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial - Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**: Artmed, 2013.

FORTES, S. *et al.* Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 2, p. 150-156, 2011.

FRANK, D. A. *et al.* Growth, development and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. **Journal of American Medical Association**, v. 285, p. 1613-1625, 2001.

- GONÇALVES, D. A. *et al.* **Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.
- GOTTESMAN, I. *et al.* Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parentes. **Archives of General Psychiatry**, v.67, p. 252-257, 2010.
- HALBREICH, U. *et al.* Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research. **CNS Spectrums**. v. 9, n. 3, p. 177-184, 2004.
- HAWTON, K; VAN HEERINGEN, K. V. Suicide. **Lancet**. London, n. 373, p. 1372-1381, 2009.
- HAY, P. J. *et al.* Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 13-17, 2002.
- KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Suicide risk management: a manual for health professionals**. Oxford: Willey-Blackwell, 2007.
- MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y. P.; BERTOLOTE, J. M. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-200); characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2017. Disponível em: <https://www.cid10.com.br/>
- PARAS, M. L. *et al.* Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. **Journal of American Medical Association**, v. 302, n. 5, p. 550-561, 2009.
- PROCHASKA, J. A.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behavior. **American Psychiatry**. v. 47, p. 1102-1114, 1992.
- SCHMITT, R. *et al.* **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- SINGER, L. T. *et al.* Cognitive and motor outcomes of cocaine-exposed infants. **Journal of American Medical Association**, v. 287, n. 15, p. 252-257, 2002.
- SUSSER, E. *et al.* **Psychiatry epidemiology – searching for the causes of mental disorders**. New York: Oxford University Press, 2006.
- TITO, S. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM – 5 Estatísticas e Ciências Humanas: Inflexões sobre Normalizações e Normatizações**. Interthesis. v. 11, n. 2, p. 96-117, 2014.
- ÜSTUN T. B.; SARTORIUS, N. **Mental illness in general health care: an international study**. Chichesser, England: John Wiley & Sons; 1995.
- WEISS, E. L; LONGHURST J. G; MAZURE C. M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurological correlates. **American Journal of Psychiatry**. Arlington, v. 156, p. 816-828, 1999.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide prevention (SUPRE)**. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en. Acesso em 13/01/2019.

YAMAGUCHI, E. T. *et al.* Drug abuse during pregnancy. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.35, n.1, p. 44-47, 2008.

ANEXO 3: Cartão Babel

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)

1- Dia Mês Ano Dia da semana Horas

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)

2- Local (específico) Local (geral) Bairro
Cidade Estado

REGISTRO (0-3 pontos)

3- Repetir 3 palavras:
carro vaso tijolo

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)

4- Série descendente de 100-7:
93 86 79 72 65
ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:
O D N U M

EVOCAÇÃO (0-3 pontos)

5- Repetir as 3 palavras do registro:
carro vaso tijolo

LINGUAGEM (0-9 pontos)

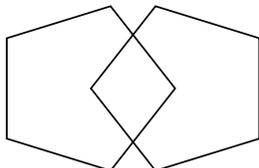
6- Denominar um relógio de pulso e uma caneta
7- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"
8- Atender ao comando: "peque um papel com a mão direita , dobre-o ao meio e coloque-o no chão"
9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS

10- Escrever uma frase completa

PRAXIA(0-1 ponto)

11- Copiar o desenho



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:

analfabeto: 13 pontos

1 a 7 anos de estudo: 18 pontos

8 ou mais anos de estudo: 23 pontos

BERTOLUCCI, P. et al, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7. 1994.

5

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;
- II- Os cuidados são influenciados pela comunidade;
- III- A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;
- IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.

Disponível em www.agmfc.org.br/site/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

- 1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness x disease);
- 2- Entendendo a pessoa como um todo;
- 3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;
- 4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;
- 5- Intensificando a relação profissional - pessoa;
- 6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M et al. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso(referência/contra-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transtornos mentais
- 2- Transtornos/estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
- 3- Problemas de saúde em geral;
- 4- Avaliação de incapacidade;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagens biológicas e farmacológica;
- 2- Abordagens psicossocial e familiar;
- 3- Apoio do sistema de saúde;
- 4- Apoio da rede comunitária;
- 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

6

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

- Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

- Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando).
- Orientação auto e alopsíquica (local, hora, dia e data)
- Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)
- Memória imediata: experiências nos últimos dias
- Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento
- Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

- Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;
 - Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição.
- Variação do humor durante o dia, ânimo, libido;
- Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

- Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

- Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.
- Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

- Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;
- Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;
- Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocrítica

- Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)
- Para exame da autocrítica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?", "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

- 1- Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
- 2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
Se houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:
 - A- Seu apetite mudou de forma significativa?
 - B- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
 - C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
 - D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
 - E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
 - F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
 - G- Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo? h

Se 'sim' em 1 ou 2 + 'sim' em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas—depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas—depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas—depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro progressivo de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

- 1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somar os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; *Rev Bras Psiquiatr*; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. *Rev Bras Psiquiatr*; 29:51-54

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1- Você tem se preocupado demais?
- 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema nos nervos"?
- 4- Você tem tido dificuldade em relaxar?
Se houver pelo menos dois 'sim', faça as perguntas a seguir:
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça?
- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira etc. (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde?
- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, *Psychiatry in Medical Practice*, Routledge, 2008. p. 8

USO NOCIVO DE ÁLCOOL (CAGE)

- C (cut) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?
A (annoyed) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?
G (guilty) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?
E (eye opener) – Você bebeu logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?
Se pelo menos duas positivas fazer consulta específica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, *J Bras Psiquiatr*; 34:31-4, 1985

DEPENDÊNCIA AO TABACO
(TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1- Quanto tempo você demora para fumar depois que acorda?
<5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
 - 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
Sim (1) Não (0)
 - 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?
O primeiro da manhã (1) Outros (0)
 - 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
<10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)
 - 5- Você fuma frequentemente pela manhã?
Sim (1) Não (0)
 - 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1) Não (0)
- Grau da dependência (somar os pontos):*
0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5: médio; 6-7: elevado.

HALTY, L.S. et al, *J.Pneumol*; 28:180-6, 2002

Capítulo 7 - Práticas em saúde mental

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

José Erson Douglas de Souza Nery Neto

Leandro Guimarães Garcia

Maria Zulene Saturno da Silva

Natália Pinheiro Basan

Sonielson Luciano de Sousa

Tiago Veloso Neves

Veridiana de Cassia Barreto Cesarino

Viviane Souza Paiva

7.1 Práticas Integrativas e Complementares

Desde 2006, o Sistema Único de Saúde incorporou em seu escopo de ofertas as práticas integrativas, entre as quais se destacam a Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia, entre outras. A inserção dessas práticas medicinais (do latim *mederi*, que significa “saber o melhor caminho”, “curar”) enquanto práticas legitimadas no SUS, ocorre a partir das Portarias Interministeriais N° 971/2006 e N° 1.600/2006, com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006).

Desse modo, a busca pela ampliação da oferta de ações de saúde, com a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS possibilita o acesso da população a serviços antes restritos ao público privado. Nessa perspectiva, a PNPIC visa garantir os princípios básicos do SUS (integralidade da atenção, universalidade do acesso e equidade na atenção as necessidades singulares de cada sujeito), bem como, possibilitar a visão ampliada do processo saúde-doença. Após 11 anos da criação da PNPIC, em 2017 foram incorporadas mais 14 práticas, sendo elas: ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, termalismo social/crenoterapia, yoga e terapia comunitária integrativa (BRASIL, 2018).

7.1.1 Meditação

Meditação é uma prática milenar muito presente em culturas antigas, de maneira especial em países orientais. No ocidente o termo “meditar” costuma ser utilizado no sentido de refletir de maneira profunda sobre alguma coisa. A Meditação, no sentido oriental e em suas práticas derivadas, tem sentido oposto: o objetivo é justamente interromper temporariamente o processo

de pensamento e voltar-se para a contemplação, ou “raciocínio não analítico ou não discriminativo”, termo utilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). A prática meditativa, independente da técnica ou meio usado para tal, tem a finalidade e a propriedade de reduzir a agitação da mente, se possível atingindo o estado psicológico de “êxtase”, no qual a mente se desliga temporariamente dos estímulos externos. Na Índia, esse estado é chamado de “Samadhi” (RODRIGUES, 2006). Existem inúmeras técnicas meditativas ou formas de se praticar meditação, tais como a meditação Shamata, Meditação Transcendental, Meditação Caminhando, Mindfulness, Loving-kindness, Tai Chi Chuan, Zazen, entre tantas outras. Algumas delas se baseiam na observação atenta dos sons, ou mesmo das partes do corpo, ou na tentativa forçada de suprimir impulsos para assim dominar a agitação mental, e assim por diante.

A Sociedade Portuguesa de Meditação e Bem-estar sugere algumas classificações para os diversos tipos de meditação, e as categorias mais abrangentes são:

1. Atenção Focada (AF): correspondem às práticas que, a partir de um objeto mental específico (a respiração, um local, uma pessoa, entre outros), é desenvolvido um trabalho de concentração, afastando da mente os pensamentos dispersivos. É o caso da respiração Shamata.
2. Monitorização Aberta (MA): são as práticas meditativas voltadas para intensificar a consciência dos fenômenos que acontecem no meio interno e externo, cultivando um olhar menos baseado no juízo e mais baseado na contemplação e atenção. É o caso da meditação Mindfulness, também conhecida como meditação de Atenção Plena.
3. Compaixão e Bondade/amor ilimitados: são técnicas que visam cultivar a empatia, a benevolência, a compaixão e a compreensão em relação ao próximo e a si mesmo.

Estas técnicas têm sido utilizadas tanto com o público em geral como focadas em profissionais de saúde que correm maior risco da Síndrome de Burnout. A técnica provavelmente mais conhecida dentro desta categoria é a Meditação LovingKindness.

7.1.1.1 Benefícios das práticas meditativas

Entre os resultados mais reportados pela literatura científica em revisões sistemáticas e de meta-análise estão: a redução do stress (LIU, SUN e ZHONG, 2018), da depressão, ansiedade (HILTON, 2017), cefaleia primária (GU, HOU e FANG, 2018), controle do transtorno de stress pós-traumático (GALLEGOS, 2017), redução da pressão arterial (SHI, 2017), redução da dor crônica (HILTON, 2017; KHOURY *et al.*, 2017), como auxiliar no controle da insônia e melhorar a qualidade do sono (GONG, 2016), entre outras condições. Deepak (2019), relata ainda que a meditação produz um efeito surpreendente: promover relaxamento e, ao mesmo tempo, melhorar a cognição. Curiosamente, isso já era descrito desde a antiguidade: na literatura tradicional se diz que a mente, tendo afastado os turbilhões de pensamentos, poderá enxergar com mais clareza a realidade e, a partir daí, resolver com mais facilidade seus conflitos internos.

Isso explicaria o potencial para o tratamento de questões como depressão, ansiedade e stress ao se utilizar a meditação. Porém esse resultado deve ser alcançado com a persistência da prática, e pode ser realizada concomitantemente ao tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico, sendo que, para depressão, o American College of Physicians (2016) recomenda todos esses tratamentos, podendo ser utilizados em separado ou associados.

7.1.1.2 *Números de sessões/intervenções com práticas meditativas*

O número de sessões ou a frequência da prática pode variar de indivíduo para indivíduo. No caso específico da meditação, pode variar especialmente em decorrência do processo de adaptação do indivíduo (em tese, um indivíduo mais ansioso levará mais tempo para se concentrar profundamente e se adaptar à prática), mas é possível perceber, de maneira geral e empiricamente, que com apenas uma sessão de meditação o praticante se sente menos estressado, mais relaxado e, por vezes, alguns praticantes referem sentir-se mais contentes após a prática meditativa, mesmo na primeira vez. Ou seja, pouca meditação já tem um efeito melhor do que nenhuma meditação. Além disso, a julgar pela diversidade de técnicas ou métodos de meditação existentes, é possível pressupor que os diversos tipos de meditação possuem semelhante eficácia.

Para aqueles que desejam iniciar uma prática meditativa ou começar a conduzir práticas meditativas com seus pacientes, uma das técnicas mais básicas é a meditação Shamata, utiliza o foco na respiração como meio para atingir seus objetivos, quais sejam controlar a ansiedade, stress, dor, e assim por diante. Neste tipo de técnica, o praticante deverá buscar uma posição confortável, de preferência sentado (em uma cadeira ou em colchonete, como se sentir melhor) ou deitado. Tendo encontrado uma posição estável, inicie um trabalho respiratório em uma relação 1:2, ou seja, inspirando em um tempo, e expirando no dobro do tempo. Um tempo razoável para se iniciar seria inspirar em 2 segundos e expirar em 4 segundos. Ao contar o tempo respiratório, o praticante treinará seu foco, e ao adotar uma relação 1:2, será gerado um efeito relaxante e ansiolítico pela modulação do Sistema Nervoso Autônomo. É normal perder-se na contagem, e nesse caso o praticante deverá retornar o pensamento à contagem da respiração.

É possível aumentar o nível de exigência dessa técnica ao contar os ciclos respiratórios (apenas para reforçar: ciclo respiratório = 1 inspiração + 1 expiração). Dessa maneira, o praticante deverá manter a atenção na contagem do tempo respiratório sem perder mentalmente a contagem dos ciclos. Pode-se iniciar com sete ciclos respiratórios, e ir aumentando a quantidade de ciclos à medida que a execução da mesma se torna mais fácil. Esta técnica tem ainda a vantagem de não precisar de um instrutor para guiar a prática, uma vez que a pessoa tenha entendido a premissa básica da técnica.

7.1.1.3 *Mindfulness*

Dentre as técnicas de meditação, o Mindfulness (que em tradução livre significa Atenção Plena) é uma das mais usadas na Atenção Básica do SUS (BITTENCOURT, 2017). Sistematizada nos Estados Unidos pelo Dr. Jon Kabat-Zinn, professor de Medicina e diretor da Stress Reduction Clinic, no Centro Médico da Universidade de Massachusetts (MOSCOSO e LENGACHER, 2015), a meditação pela Atenção Plena foi alvo de vários testes experimentais desde o início dos anos 1990 (KABAT-ZINN, 1994) e pode ser praticada por qualquer pessoa, independentemente de crenças, religião e aspectos culturais.

O cientista Kabat-Zinn (1994) define Mindfulness como um método de atenção plena, onde é possível ao paciente/usuário concentrar-se no momento atual, com autocompaixão e sem julgar a si próprio. Neste sentido, a meditação favorece que o praticante entre em contato com o aqui e agora, sem conjecturas em relação ao passado ou ao futuro, sem cenários geradores de estresse e ansiedade (HAYES, 2004).

Trata-se de uma técnica já amplamente estudada pela ciência não apenas nos Estados Unidos da América, mas também na Inglaterra, país que acabou inserindo o Mindfulness em seu sistema de saúde pública (CRANE e KUYKEN, 2012). No Brasil, o protocolo começou a ser utilizado com mais frequência pelo SUS a partir das pesquisas e treinamentos realizados, sobretudo, pelo Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), na última década (SOUZA e SALVO, 2016).

Dentre as pesquisas mais consistentes estão o uso de Mindfulness para atenuar os sintomas de fibromialgia (SOLER *et al.*, 2012), dor crônica (KABAT-ZINN *et al.*, 1986), estresse e ansiedade (LINEHAN, 1993), além de prevenir os sintomas de depressão (CAMPAYO e DEMARZO, 2015) dentre outros benefícios.

Em relação ao contexto de uso de Mindfulness associado a outras terapêuticas, estudos apontam que a técnica pode ser usada de modo auxiliar no uso de psicoterapia e/ou acompanhamento psiquiátrico (KABAT-ZINN, 1994). Mas, em alguns casos, pode gerar efeitos colaterais relacionados a repulsa à técnica, sobretudo em pacientes com perfil hipercrítico ou com atitude oposicionista (BARROS, 2014). De modo geral, no entanto, há poucos relatos na literatura científica referentes a efeitos colaterais indesejados.

7.1.1.3.1 Intervenção baseada no Mindfulness indicado para pacientes jovens e adultos

O processo pode ser feito num período inicial de 30 minutos e, com o passar do tempo, aumentar a duração. Os encontros devem ser semanais. Ao final de cada intervenção os pacientes devem ser convidados a exporem o que acharam do processo. Esta proposta de intervenção é apenas em relação à meditação convencional. O protocolo integral, no entanto, também contempla outros cenários, como meditar enquanto se alimenta ou durante uma caminhada, por exemplo.

Dicas:

1. Procure um local/sala confortável, com boa ventilação e iluminação, e pouca incidência de barulho;
2. Organize almofadas confortáveis, tapetes e/ou cadeiras, de modo que os praticantes possam passar o máximo de tempo numa mesma postura;
3. No Mindfulness não se usam outros recursos além da própria atenção ao momento presente. Neste sentido, o paciente deve ser convidado e acalmar a respiração, alongar a coluna, elevar a cabeça, relaxar os ombros e observar os pensamentos, numa atitude de não julgamento;
4. Para facilitar o processo dos iniciantes, convide-os a trazer a atenção para a respiração – observar o ar que entra e sai pelas narinas, além de observar as sensações do corpo quando o pulmão estiver em expansão e em contração;
5. Num outro momento, orientar o paciente a observar os sons internos – do corpo – e externos – do ambiente –, além de tentar perceber as tensões musculares, dores localizadas ou quaisquer outros desconfortos, sem tentar alterá-los, apenas observando-os;

6. Para reforçar o processo, instigue o paciente e demarcar os estados mentais que ele experimenta, como ‘agora sinto que estou agitado’, ‘há um pensamento que insiste em permanecer’, ‘estou com desconforto’, etc.;
7. Por fim, o tempo inteiro convide o paciente a trazer a atenção para as sensações do corpo e como este os experiencia. Instigue-os a conectar-se com essas sensações e, desta forma, abandonarem progressivamente as projeções do futuro ou memórias do passado;
8. A prática deve envolver uma atitude de autocompaixão e de relaxamento.

7.1.1.4 Yoga

O yoga é conhecido como antiga tradição indiana, no qual são utilizadas práticas de cunho físico, mental e espiritual, com influências provenientes do hinduísmo, budismo, jainismo e sikhismo. A história dessa prática remonta ainda dos anos 1900 a.C., abrangendo diferentes escolas, tipos, estilos, bem como textos sagrados e mestres espirituais (WHO, 2002).

Foi esquematizada por Pantajali em oito passos:

- 1) Yama, as abstinências, ou seja, veracidade, honestidade, a não violência, não perversão do sexo, desapego;
- 2) Nyiama, as regras de vida (alegria, serenidade, pureza, harmonia, estudo etc);
- 3) Ásanas, posições do corpo;
- 4) Pranayama, controle da respiração;
- 5) Pratyahara, relacionado ao controle das percepções sensoriais orgânicas;
- 6) Dharana, concentração;
- 7) Dhyana, meditação; e
- 8) Samadhi, que é a contemplação correta. (WHO, 2002)

Atualmente, há predominância da prática do hatha-yoga, que está associado aos ásanas, correspondendo às posturas corporais e apresenta distintas nuances e estilos. Em muitos casos, o yoga é utilizado como ação terapêutica para alguns tipos de sintomas ou mesmo patologias, além da possibilidade de exploração do potencial produtivo sobre o autoconhecimento, proporcionado pela técnica, bem como a contribuição da mesma para o estímulo de hábitos saudáveis (WHO, 2002).

No Ocidente, as bases do yoga chegaram ainda no final do século XIX e ao Brasil, no início do século XX. Porém, somente no século XXI, o yoga passou a ser considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como atividade classificada como prática mente-corpo. No país, a inserção do yoga no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu através da Portaria 719, de 07 de abril de 2011, criando assim o Programa da Academia de Saúde (BRASIL, 2006; SIEGEL e BARROS, 2010).

Podem ser verificados diferentes benefícios relacionados à prática do yoga, como: contribuições físicas (encorajamento de dietas e hábitos saudáveis e consciência corporal); contribuições filosóficas/psíquicas (desenvolver capacidade contemplativa e expansão da percepção da totalidade); e contribuições sociais, as quais estão vinculadas a uma nova sociabilidade – desenvolvimento de cultura de paz e estilos de vida e valores com maior promoção quanto à tolerância de diferentes grupos; reeducação de hábitos que apresentam relação com vícios considerados legais e ilegais (medicamentos, alimentos, álcool, drogas ilícitas, etc.) (WHO, 2002). Com isso, é notória a associação existente entre a filosofia do yoga com a Promoção da Saúde, uma vez que contribui para maiores cuidados quanto às condições crônicas ligadas a fatores físicos e psíquicos, no qual o recurso de modelo de cuidado biomédico vem alcançando resultados (FURT, 2006).

Outro fator relevante é que a aplicação do yoga na área laboral, produz resultados positivos, com distintos desenhos de programas, em especial para diminuição do estresse, melhoria na qualidade do sono e variação do ritmo cardíaco; fortalecer a vitalidade de profissionais que trabalham em hospitais; ansiedade, humor e estresse laboral de trabalhadores de período integral; e fitness funcional e flexibilidade (WHO, 2002).

Apesar de ter chegado ao ocidente recentemente, foi averiguado rápido avanço quanto a essa prática nas maiores capitais, denotando a importância do estudo e esclarecimento sobre suas aplicações no campo da saúde. Com isso, o yoga pode ser considerado filosofia ou mesmo visão de mundo, bem como prática mente-corpo, onde são abordadas técnicas fisiológicas e psíquicas, que tem por finalidade cessar as flutuações da mente e alcançar estado de identificação do ser como sua própria essência.

Para a prática do Yoga é preciso que o indivíduo planeje os horários e dias que irá praticar, respeitando sempre os seus próprios limites. Deve se organizar a respeito de quantos minutos terá disponível para a prática. Lembrando que é importante cumprir o que foi planejado, pois o Yoga é um plano mental, e quando a pessoa não se compromete, há uma tendência à autossabotagem, muitas vezes manifestada através da procrastinação na rotina diária, impedindo a realização daquilo que era desejado.

Não podemos esquecer que o yoga é um meio para preparar o corpo e a mente, com a união através da prática da meditação. Para tanto é necessário que o indivíduo permaneça respirando, com a mente focada no momento presente, e atento a cada movimento de seu corpo. Quando perceber que está pensando em outras coisas que não a prática, deve retornar sua atenção mental para a postura, percebendo a musculatura, a estabilidade e se existe tensão ou relaxamento, respirando profundamente com atenção.

Desse modo, o asana agirá não somente no seu corpo físico, mas também no seu campo mental e emocional, permitindo que as transformações profundas da yoga aconteçam, permitindo desta forma que a pessoa diminua o estresse e controle a ansiedade.

7.1.2 Arteterapia

A arte como forma de expressão do ser humano exerce a função intermediadora entre o consciente e o inconsciente, como uma via de mão dupla. Possibilita a expressão de conteúdos

psíquicos, conflitivos, dos medos, anseios interiores e exteriores etc. Desse modo, expressar-se através da arte facilita o conhecimento, aceitação e transformação de conteúdo em novas estruturas psíquicas mais integradas.

O homem das cavernas já utilizava a arte como meio de catarse, ou seja, liberação daquilo que estava reprimido e não aceito, sendo essa uma forma de demonstrar seus sentimentos e emoções. Muitas foram às manifestações de dor, angústias, lutas, mortes, vitórias e alegrias representadas nas pinturas rupestres, suscitando as discussões sobre as projeções do inconsciente representadas por imagens e símbolos.

A expressão de desenhos na arteterapia pode dar-se de maneiras distintas: os desenhos espontâneos, feitos por pessoas que começam a desenhar por conta própria sem que alguém tenha solicitado; e os desenhos de improviso, executados a pedido, sob um impulso repentino, sem preparação, podendo ser tanto um desenho livre ou um desenho de um tópico preestabelecido (JUNG, 1971b).

Carl Gustav Jung (1971a) enfatizou a importância dos símbolos em seus escritos. Os símbolos não aparecem somente nos sonhos, podem surgir em qualquer forma de manifestações psíquicas; como em pensamentos, ações, sentimentos etc. Uma das formas pelos quais os símbolos expressam a sua importância é por meio da arte. Portanto, qualquer expressão artística, por mais simples e desprovida de técnica ou estilo, sempre é motivada por conteúdos profundos de quem a realiza. Uma das obras usadas para compreender os símbolos é o Dicionário de símbolos de Jean Chevalier e Alain Gheerbrant. Os símbolos estão no centro da vida imaginativa. Revelam segredos inconscientes, conduzem às mais recônditas molas da ação (JACOBI, 1986).

Furt (2006) percebeu que havia uma ligação direta, inconsciente, entre patologias psíquicas e somáticas. Dessa forma, quando o inconsciente “fala” por meio de um desenho, ele normalmente exprime anomalias somáticas potenciais que a mente consciente não está preparada para encarar ou não consegue compreender.

Carl Jung viu o valor dos desenhos como revelação dos símbolos do inconsciente e percebeu que eles poderiam ser úteis como agentes de cura. No entanto, ele não desenvolveu nenhum método para análise de desenhos. Foi Jolande Jacobi quem desenvolveu essa tarefa no seu livro *Vom Bilderreich der Seele*, onde ela se arriscou a ensinar a interpretação de desenhos de outras pessoas. Segundo Jacobi (1986, p. 90), “o símbolo é, então, uma espécie de instância mediadora entre a incompatibilidade do consciente e do inconsciente, um autêntico mediador entre o oculto e o revelado.” Jung (1990, p. 295) conclui que “Não é nem abstrato nem concreto, nem racional nem irracional, nem real nem irreal; são sempre ambos.” Por causa de sua qualidade mediadora, constrói pontes entre os opostos, dinamizando a psiquê. Portanto, para Jung, o símbolo não encerra conteúdos reprimidos e censurados. É um produto da natureza humana; permite que a psiquê expresse sem esgotar a sua potencialidade.

As artes, em geral, têm o poder de alcançar emoções profundas, como refere Brown (2000), elas podem mudar a maneira como o paciente se sente em relação ao mundo e a si mesmo. O terapeuta, por meio da arteterapia consegue examinar a forma como o paciente olha para si mesmo e para o mundo.

Nise da Silveira, médica psiquiatra, contrariou as técnicas terapêuticas psiquiátricas existentes nos anos 50 e 60 do século passado e propôs que a terapia ocupacional ultrapassasse os

limites de lazer e distração para os internos dos hospitais psiquiátricos. Ela criou então um ateliê de pintura, escultura, sala de jogos, oficina de encadernação e atividades de recreação ao ar livre. Essas condições favoreceram as expressões verbais e não verbais dos internos. Desta forma,

os sintomas encontraram oportunidades para se exprimir livremente; o tumulto emocional tomou forma, despotencializando-se. Ao mesmo tempo, ocorria o fortalecimento do ego e aumentava o relacionamento social de acordo com as possibilidades adaptativas (MED, 1996).

Nesses pacientes, mergulhados nas profundezas do inconsciente e impossibilitados de elaborações cognitivas e verbais, o único meio de comunicação é o não verbal, através das técnicas artísticas. Essa observação oportunizou ao indivíduo em tratamento a descoberta de atividades expressivas e criadoras, abrindo novas perspectivas de aceitação social, através da expressão artística, munindo-os de um meio para manter seu equilíbrio psíquico, ao qual poderá recorrer sozinho (MED, 1996).

Terapias a base de artes plásticas como desenho, pintura, recorte, colagem e modelagem dirigem-se para o “mundo interno” do sujeito, o inconsciente, permitindo que manifestem imagens significativas de seus conflitos internos e, conseqüentemente, a remoção de alguns obstáculos. Neste sentido, desencadeiam-se processos de elaboração profunda, possibilitando encontrar determinada ordem simbólica para a desordem do sofrimento.

7.1.3 Musicoterapia

A musicoterapia é voltada para o estudo do ser humano e de suas manifestações sonoras, e interação entre pessoas e a música, ou os sons e seus elementos, tais como timbre, altura, intensidade e duração (CUNHA e VOLPI, 2008). Atualmente existem vários estudos e pesquisas (RUUD, 1990) a respeito da importância da música e o que ela pode representar através de seus ritmos, sons, silêncios e outros elementos sonoro-musicais (GASTON, 1968; BRUSCIA, 2000).

Conforme a definição da World Federation of Music Therapy (WFMT), musicoterapia

É a utilização profissional da música e seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais, de saúde e bem-estar. A educação, a prática e o ensino clínico em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos (Revista Brasileira de Musicoterapia, 1996, p. 4).

Assim, a musicoterapia busca trazer a dimensão sonoro-musical à consciência das pessoas. A expressão da sonoridade pode auxiliar na construção de ações que promovam bem estar e melhoria da qualidade de vida das pessoas (GASTON, 1968; BRUSCI, 2000; BARCELLOS, 2004).

Segundo Bruscia (2000), as experiências utilizadas na musicoterapia são audição, recriação, improvisação e composição, podendo ser aplicadas conjunta ou separadamente. Nesse sentido, a prática da musicoterapia pode se inserir nos âmbitos da promoção, prevenção, e reabilitação da

saúde física, psíquica, emocional e social de pessoas, grupos e comunidades (GASTON, 1968). Por esta ótica, pode-se inserir essa prática em escolas, clínicas, hospitais gerais, empresas, instituições de cunho socioeducativo, como também em associações ou outros agrupamentos de pessoas, assim como em programas de atenção à saúde de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. No Brasil já temos várias experiências da musicoterapia aplicada ao SUS em cidades, como Brasília (DF), no Hospital da Criança.

A prática da musicoterapia é diferente da atuação de um músico. Isso porque o musicoterapeuta deve ter formação específica em graduação e pós graduação; e deve possuir um conjunto de conhecimentos relacionados à prática do cuidado, tais como psicologia, psiquiatria, neurologia, etc. Lembre-se, o mais importante na prática musicoterapêutica não é a estética, mas, sim, a subjetividade, ou seja, aquilo que é expresso pelo sujeito. A escuta do musicoterapeuta é treinada e aguçada para o reconhecimento da subjetividade. Assim, os instrumentos de trabalho vão além daqueles específicos, os objetos e ruídos fazem parte do material sonoro, não focando apenas na música em si. A conceituação de música na musicoterapia é diferente do conceito de música para o músico, pois “a análise musical é feita articulando os aspectos musicais produzidos pelo paciente à sua história de vida, à sua história clínica e/ou, ainda, ao seu momento” (BARCELLOS, 2004, p. 108). Assim, mesmo pessoas que não conhecem nenhum instrumento, ou que possuem limitações com afinação ou ritmo, ou ainda com deficiência mental ou física podem participar da musicoterapia.

A musicoterapia pode ser utilizada como incentivo ao desenvolvimento da humanização nos hospitais, nas unidades básica de saúde e na estratégia saúde da família (FIALHO, 2004; SÁ, 2004; PIMENTEL, 2005; CHAGAS e PEDRO, 2007). Pimentel (2005) apontou as possibilidades da musicoterapia na operacionalização da Política Nacional de Humanização.

É necessário reconhecer a musicoterapia como um potente instrumento mobilizador, no sentido de permitir a expressão por meio da improvisação, composição e recriação. O cenário criado pela musicoterapia permite intensificar os efeitos terapêuticos de um tratamento, por meio da “produção dos sentimentos, pensamentos e atos dinamicamente transformados no contato com o outro. Essa prática se difere da simples utilização da música na sala de espera” (PIMENTEL *et al.*, 2011, p. 743).

7.1.3.1 Intervenção para crianças, jovens, adultos e idosos com a musicoterapia

O processo pode ser feito num período inicial de 45 minutos e, com o passar do tempo, aumentar a duração. Os encontros devem ser semanais. Ao final de cada sessão os pacientes devem ser convidados a exporem o que acharam do processo. O atendimento poderá ser individual ou coletivo. Para tanto, veja as seguintes dicas:

- 1) O setting musicoterapêutico pode ser um local/sala confortável, com boa ventilação e iluminação, pouca incidência de barulho e de preferência com isolamento acústico ou que seja distante das outras salas de atendimento para que não haja a interferência sonora das sessões nos outros atendimentos, mas também pode acontecer na sala de espera de uma unidade se o objetivo for trabalhar diretamente com o acolhimento;

- 2) Organize as sessões pensando em três momentos: aquecimento, desenvolvimento e fechamento. Na sala os mais variados instrumentos musicais deverão estar disponíveis de modo que os pacientes tenham acesso a qualquer um deles de forma espontânea e/ou induzida;
- 3) Na Musicoterapia qualquer elemento sonoro deve ser considerado, desde os instrumentos musicais convencionais aos instrumentos musicais alternativos. Além dos instrumentos são utilizados aparelhos sonoros para que as músicas possam ser utilizadas para fruição, movimentação ou outras formas de interação;
- 4) Faça a ficha musicoterapêutica individual com cada paciente e/ou responsável, para que seja feito o levantamento necessário quanto a história sonora musical de cada paciente, músicas da sua infância, gêneros musicais preferidos e também os que não gostam, sons e ruídos que causam algum tipo de emoção ou reação, se toca algum instrumento musical ou não, artistas de sua preferência entre outros pontos.
- 5) Para facilitar o processo dos iniciantes nas sessões iniciais, convide-os a compartilhar ao menos uma canção que retrate sua história de vida, para que assim tenha material de trabalho para vários encontros por meio das técnicas musicoterapêuticas recriação e audição musical;
- 6) Num outro momento, onde o vínculo terapêutico já esteja consolidado, os pacientes poderão ser convidados a participarem de processos de improvisação e composição musical;
- 7) Por fim, ao final do processo musicoterapêutico poderão aparecer alguns possíveis desdobramentos como por exemplo: um grupo de canto, um grupo de percussão corporal ou vocal, a criação de uma banda e todos esses potenciais poderão ser valorizados de acordo com o contexto, com a necessidade de cada indivíduo e dos objetivos terapêuticos que foram trabalhados;
- 8) Todas as sessões devem envolver uma escuta atenta, ativa e sem juízos de valores. No processo musicoterapêutico não há valores como “toca bem, toca mal”, “canta bem, canta mal”, “música boa, música ruim”. Ao contrário trabalhamos tendo como premissa o respeito a individualidade e com a certeza da potencialidade existente em cada ser humano.

7.1.4 Leitura como opção terapêutica

A Biblioterapia, palavra que se origina da junção de dois termos latinos – biblio (livro) e terapia (tratamento), é uma técnica que pode ser usada para auxiliar o paciente a atenuar o mal-estar decorrente de alguma demanda em saúde mental (MARCINKO, 1989). Este procedimento já vem sendo utilizado desde a Grécia Antiga (ALVES, 1982), tendo em vista que gregos e, mais à frente, cristãos medievais, renascentistas e iluministas (ORSINI, 1982), reforçaram o caráter ‘curativo’ da leitura. De acordo com Orsini (1982), as pesquisas mais consistentes em Biblioterapia, dentro do paradigma científico vigente, começaram a avançar por volta da década de 1950, a partir de um estudo de pós-doutoramento realizado nos Estados Unidos, na Universidade de Stanford. De lá para cá, foram realizados centenas de novos experimentos.

A leitura atua na dimensão da emancipação pessoal e política, uma vez que amplia o repertório cultural dos sujeitos interferindo na modulação de comportamentos, tendo em vista que, pelo autoconhecimento, o leitor/paciente pode se utilizar de qualidades racionais tais como o intelecto e a compressão cognitiva para alterar padrões de comportamentos repetitivos e, muitas vezes, nocivos (MARCINKO, 1989). Nesse sentido, de acordo com Ou-aknin (LAPLANCHE e PONTALIS, 1994), a biblioterapia proporciona que o sujeito/paciente mantenha uma relação com o texto que garante interpretação, avaliação e criação de cenários, o que favorece à ampliação do mundo subjetivo (próprio, íntimo do sujeito); ao (re)construir a narrativa proposta pela leitura, o paciente tem a oportunidade de compreender a si próprio (LOPES *et al.*, 2011). A leitura também é capaz de gerar um efeito terapêutico eficaz, porque proporciona ao leitor reações que o liberam das pressões psíquicas decorrentes de tensões, a partir de um processo de identificação com a história ou personagem (MARCINKO, 1989). Além disso, no campo da Neurociência e Neuropsicologia, o hábito de ler está inscrito num conjunto de práticas que colaboram para diminuir a incidência de doenças neurodegenerativas progressivas como o Alzheimer (CALDIN, 2001).

Numa unidade de Atenção Básica de Saúde, a biblioterapia pode ser aplicada por psicólogos, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais. É indicada como terapêutica complementar para problemas de ordem psicológica, enfrentados por crianças, jovens, adultos, idosos, doentes crônicos, deficientes e dependentes das mais diferentes drogas. A aplicação da técnica pode ser feita de modo individual ou em grupo. Neste último caso, além dos resultados relatados anteriormente, ainda facilita o processo de socialização do paciente (MARCINKO, 1989).

Não há contraindicações para a biblioterapia, sobretudo se o mediador tiver a sensibilidade de indicar uma leitura condizente com o problema apresentado pelo paciente – ou grupo de pacientes –, além de observar faixa etária, renda e familiaridade com o processo de leitura e interpretação (CONSCIÊNCIA NET, 2013). Nesse sentido, a técnica é uma grande aliada do processo psicoterapêutico, e pode ser aplicada concomitantemente com outras intervenções, como o uso de medicamentos e de um programa contínuo de atividades físicas, por exemplo.

7.1.4.1 Proposta de Intervenção

Vejamos um exemplo de intervenção com base na biblioterapia:

- 1) O mediador deve escolher um local adequado para a realização das reuniões do grupo;
- 2) O mediador também deve ter ou desenvolver a capacidade de instigar as pessoas a lerem e verbalizarem acerca de suas impressões/considerações sobre a obra;
- 3) Formar grupos homogêneos para leitura e discussão de temas previamente escolhidos;
- 4) Preparar listas de material bibliográfico adequadas às necessidades de cada grupo, e escolher outros materiais (filmes, músicas), de acordo com a idade e necessidades a nível cultural e social dos participantes;
- 5) O biblioterapeuta deve usar de preferência materiais com os quais esteja familiarizado;

- 6) Deve selecionar materiais que contenham situações familiares para os participantes do grupo, mas que não precisam necessariamente conter exemplos idênticos aos vividos pelas pessoas envolvidas no processo;
- 7) Selecionar materiais que traduzam de forma precisa os sentimentos e os pensamentos das pessoas envolvidas sobre os assuntos e temas abordados, com exceção de materiais que contenham uma conotação muito negativa do problema, como poesias sobre suicídios, por exemplo;
- 8) Deve selecionar materiais que estejam de acordo com a idade cronológica e emocional da pessoa, sua capacidade individual de leitura e suas preferências culturais e individuais;
- 9) Optar por selecionar material impresso e não impresso na mesma medida;
- 10) Realizar encontros quinzenais ou de acordo com a profundidade do tema proposto;
- 11) Garantir um espaço seguro para a troca de experiências, onde o paciente se sinta confortável para falar de suas impressões;
- 12) Mediar às interações dos pacientes, para evitar que haja ‘monopólio’ da fala;
- 13) Pontuar e sinalizar aspectos levantados pelos pacientes, em momentos que julgar importantes para o processo terapêutico.

Fonte: FERREIRA, 2003. Com adaptações.

7.1.5 Terapia comunitária integrativa e autocuidado em saúde mental

A prática da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma estratégia de fomento ao autocuidado em saúde. A TCI nasceu no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, desenvolvida pelo médico psiquiatra Adalberto Barreto. Dentre seus objetivos, pode-se citar:

- Trabalhar na coletividade para a resolução dos problemas contemporâneos;
- Estimular a autonomia e a corresponsabilidade;
- Promover vínculos solidários e consolidar a rede de suporte social;
- Promover a humanização das relações a partir da horizontalidade da interação;
- Possibilitar o aprendizado coletivo;
- Trabalhar na inter-relação do “saber científico” com o “saber popular”. (SILVA, 2016)

Silva (2016) destaca a potência da TCI enquanto uma prática emancipatória, capaz de fomentar a autoestima das pessoas em qualquer grau de sofrimento psíquico e criar redes afetivas e sociais, levando-as a retomada do protagonismo e corresponsabilidade por suas vidas. As rodas de TCI são fundadas em cinco pilares filosóficos: “o pensamento sistêmico, a teoria da co-

municação, antropologia cultural, pedagogia de Paulo Freire e resiliência”. As rodas acontecem em círculo, promovendo uma comunicação horizontal, onde todos se veem, aprendem enquanto ensinam e partilham conhecimento e experiência.

Para Carício (2010), a TCI é uma técnica para o trabalho com grupos, que visa estimular a comunidade a usar sua própria criatividade a partir dos seus saberes populares, em prol da promoção da saúde mental. O encontro proporcionado pelas rodas de TCI possibilita uma mudança na forma de compreender o outro e, mais do que isso, permite compreender o outro a partir de sua experiência (CARÍCIO, 2010).

7.1.5.1 Proposta de Intervenção

Um exemplo de TCI para qualquer público pode ser feito da seguinte forma: Encontros semanais, com duração média de 50 minutos.

Dicas de procedimentos:

- 1) Conforme os participantes vão chegando na roda, são acolhidos pelo terapeuta;
- 2) O grupo deve começar com a partilha das regras da TCI: escutar os outros em silêncio, falar somente sobre si, manifestar-se sem julgar, criticar ou aconselhar, partilhar as memórias que surgirem;
- 3) No momento seguinte, dá-se início a etapa de partilhas de cada participante (em poucas palavras) de seus aborrecimentos, medos, preocupação ou uma grande alegria. O grupo faz uma votação de um dos temas para ouvir com mais atenção;
- 4) Escolhido o tema, o terapeuta estimula a contextualização do tema escolhido, incentivando a pessoa a falar mais a respeito, enquanto o grupo faz perguntas para compreender melhor a situação, sempre com respeito e escuta;
- 5) No momento da problematização, o terapeuta lança uma frase referente aos sentimentos despertados na contextualização do tema escolhido, abrindo espaço para os participantes compartilharem suas experiências a respeito do tema;
- 6) Ao final, os participantes terminam abraçados em círculo, em um balanço corporal sincronizado, e cada pessoa, conforme desejo, compartilha uma frase ou sentimento do que está levando da roda.

7.1.6 Constelação familiar

A Constelação Familiar (GRAÇA, 2015), criada por Bert Hellinger, é um método totalmente vivenciado fenomenologicamente. Os representantes vão se posicionar centrados sem colocar nada de sua parte, totalmente recolhidos e em silêncio para que haja uma entrega ao centro vazio. Colocam-se a serviço de algo maior, deixando esse algo agir, para que possam representar as situações ou pessoas que são importantes para o tema do cliente. A técnica é realizada com a ajuda de um grupo de pessoas ou com bonecos, objetos, ou ainda, outras representações, que demonstram por meio de movimentos as conexões que se estabelecem.

Neste cenário, podem surgir as chamadas desordens, que representam as problemáticas nas relações interpessoais com as quais o sujeito está vinculado. O propósito é promover um momento de reconciliação entre os ancestrais, que se desenvolverá até onde o sujeito permitir, e possibilitará a “libertação” desse emaranhamento.

A abordagem das constelações familiares desenvolvido por Bert Hellinger surgiu com termo original “Familienaufstellung”, que significa “colocar a família na posição”, sugerindo o posicionamento de pessoas em locais específicos para promover uma intervenção nas desordens.

As constelações inicialmente eram baseadas na teoria do psicodrama, bem como, na reconstrução familiar. Porém, as constelações familiares evoluíram, conseguindo as transformações resultaram em um estado meditativo ativo, corporal e guiado por algo maior. A constelação não é psicodrama, ela refere-se a uma terapia corporal, uma meditação ativa. Significa deixar-se levar por um movimento que impulsiona o corpo.

Assim, esvazia-se o espaço para acusações unilaterais, que darão espaço para a reflexão, mudança, sensação de alívio e responsabilização compartilhada sobre os acontecimentos. É importante ressaltar que todo ser humano é fruto de uma interação constante com o sistema. Mesmo aqueles que não possuem convivência com a família de origem, trazem consigo traços da bagagem genética que carregam consigo. Para efetivar o processo de reconciliação é necessário que o sujeito, as representações e o constelador trabalhem em conjunto. O processo de reconciliação e cura depende da qualidade da representação. O constelador pode contribuir com frases curativas, ou demonstrando a dinâmica interna das famílias e suas intrincações (BRIGITTE, 2010).

Bert Hellinger afirma que existem três consciências nas constelações, que formam uma consciência maior. São elas: consciência pessoal, ligada aos valores familiares e senso moral; consciência do grupo, um poder de atuação inconsciente, grupal, que não se direciona por questões individuais; e a consciência espiritual universal, baseada na paz, sensação de leveza, amor do espírito e harmonia. Cada uma funciona à sua maneira e conforme as suas ordens. Elas são as três condições básicas para os relacionamentos humanos, que dão força ou fraqueza à alma, pois, pertencemos a diferentes grupos, tanto familiar, como profissional, de estudos, religiosos, sociais etc. Desenvolvemos um tipo de consciência diferenciada para cada grupo e também a cada pessoa do grupo (GRAÇA, 2015).

Em casos de famílias trianguladas, por exemplo, há extremo peso psicológico, porque uma pessoa frequentemente, além de seu papel, precisa assumir também o papel do outro. Essa situação gera infelicidade e desequilíbrio. A constelação familiar possibilita o reajuste de forma simbólica e incentiva a tomada de consciência, que geralmente reflete na vida do indivíduo.

É comum após um processo de constelação o indivíduo demonstrar emotividade e sensibilidade. Com o inconsciente aberto, as informações recebidas na constelação serão processadas por dias ou meses, promovendo mudanças sistêmicas. O processo da constelação familiar poderá acabar assim que se manifeste a cura ou reconciliação, por decisão do constelador.

O método das constelações familiares está em expansão. Mesmo assim, esse método de representação das problemáticas familiares é ainda muito criticado. Isso porque é percebido como uma proposta que trabalha principalmente com métodos de indução, persuasão e sugestão da mente. Ainda assim é uma das práticas integrativas incluídas no rol de atividades do SUS.

7.1.7 Atividade física

Na literatura é possível encontrar relatos milenares de curiosos e pensadores entre eles chineses, indianos e gregos, sobre a prática de atividades físicas e atenuação de doenças. Essas são facilmente sintetizadas por Hipócrates, ao defender que “as partes corporais que são habitualmente utilizadas tendem a se fortalecer, enquanto aquelas menos usadas ficam mais fracas e predispostas a doenças”.

A atividade física é definida como “qualquer movimento corporal que é produzido pela musculatura esquelética que possa requerer gasto energético acima dos níveis de repouso” (CASPERSEN *et al.*, 1985, p. 126). A prática de exercícios é primordial e independe de idade, sendo considerada uma maneira de preservação e melhoria quanto à saúde e qualidade de vida. Sabe-se que o aumento no número de indivíduos inativos fisicamente apresenta relação com as mudanças no estilo de vida, que está associada a facilidades que provém da revolução tecnológica, tal como o uso de automóveis, escadas rolantes e elevadores, televisão, computador, videogame, entre outros. Outros fatores determinantes são vinculados ao nível socioeconômico, sexo, escolaridade, idade e os aspectos étnicos dos indivíduos (FREIRE, 2014).

Atividades físicas são consideradas importantes e apresentam vários efeitos benéficos à saúde, contribuem para o retardo do envelhecimento e prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, que são oriundas do sedentarismo, o que é tido como um dos maiores problemas e gastos com saúde pública nos últimos anos (GUEDES, 2012).

Sabe-se que quanto menor o hábito de praticar atividade física, maior será o risco para doenças crônicas não transmissíveis. Essas enfermidades tem atingido patamares alarmantes para a saúde pública, e em consequência, doenças como obesidade e hipertensão arterial, que há pouco tempo eram averiguadas em grupos seletos, principalmente da população adulta, atualmente abrangem também crianças e adolescentes (FREIRE, 2014).

Consequências vinculadas ao sedentarismo, sobrepeso/obesidade, estão relacionadas à maior propensão de desenvolvimento de doenças crônicas, que podem ser desde a “falta de ar” a problemas de veias varicosas ou casos de osteoporose, problemas de doenças coronarianas, hipertensão, diabetes ou ainda diferentes formas de câncer.

É importante ressaltar os benefícios promovidos pela prática de exercícios físicos, que apresentam relação com o controle do peso, mas também contribuem com o metabolismo, em detrimento da manutenção da saúde em geral. Dessa maneira, com a prática de atividades físicas é possível notar ligações com aspectos que são intrínsecos a saúde psicológica, mais especificamente a ansiedade, estresse, depressão, humor e emoção, autoestima e transtornos psicológicos (BATISTA FILHO, JESUS e ARAÚJO, 2019). A prática de exercícios físicos é primordial para a qualidade de vida da população como um todo, e proporciona inúmeros benefícios aos indivíduos praticantes, contribuindo para controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Para ter vida saudável, é preciso adotar atitudes comprometedoras com a escolha de hábitos saudáveis, com a prática regular de atividades físicas, que auxiliará na melhoria da qualidade de vida e da longevidade. É uma forma de intervenção terapêutica que, a princípio, não tem nenhuma contraindicação, desde que sejam observados o quadro clínico e as condições físicas de cada pessoa, a partir de uma avaliação médica.

7.1.7.1 Proposta de intervenção: manutenção cardiorespiratória

A partir do momento que existe a intervenção de um profissional qualificado na indicação de determinada atividade física, com a regulação da intensidade e do volume, há uma mudança na prática, que será denominada Exercício Físico, por ser algo planejado e estruturado de acordo com a individualidade da pessoa. Segundo o Colégio Americano de Medicina do Esporte, para a manutenção da aptidão cardiorrespiratória, composição corporal e fortalecimento muscular no adulto saudável, deve-se seguir o seguinte protocolo:

- Frequência do treinamento: 3 a 5 vezes por semana;
- Intensidade do treinamento: 60 a 90 da frequência cardíaca máxima ou 50 a 85% do consumo máximo de oxigênio;
- Duração do treinamento: 20 a 60 minutos de atividade aeróbica contínua;
- Tipo de atividade: qualquer atividade que mobilize grandes grupos musculares e que possa ser mantida continuamente;
- Treinamento contra a resistência: intensidade moderada, uma série de 8 a 12 repetições de oito a dez exercícios, pelos menos duas vezes por semana.

Como podemos observar, a atividade física pode ser instituída a grupos ou a pessoas individualmente, com a utilização dos meios comunitários, como praças, academias ao ar livre, entre outros, contudo, sugere-se uma boa avaliação cardiorrespiratória, e que o sujeito consiga reconhecer os seus limites.

7.1.8 Hipnose

A hipnose tem ganhado cada vez mais força na mídia, que usa, com frequência, os fenômenos de alucinação hipnótica da hipnose de entretenimento para ganhar audiência. Na área da saúde, existem documentos que demonstram que a hipnose já era utilizada como ferramenta terapêutica desde o antigo Egito. Naquela época, os enfermos iam aos “templos do sono” para serem tratados com sugestões terapêuticas enquanto dormiam. O papiro de Tebas (com mais de 3.550 anos), que é o registro mais completo da medicina egípcia, descreve técnicas de hipnose utilizadas na época, que muito se assemelhavam às que usamos hoje (FERREIRA, 2012).

Em todos esses anos, a hipnose manteve-se sendo utilizada de diversas formas, tanto para tratar pessoas quanto para entretê-las. Devido ao caráter obscuro e místico, ela se manteve por bastante tempo deixada de lado pela área da saúde. Felizmente, com o avanço da tecnologia e a facilidade de acesso à informação, a hipnose tem sido fortemente desmistificada e amplamente utilizada nessa área, demonstrando, cada vez mais, ser uma ferramenta terapêutica de grande valia, que hoje já é reconhecida pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que, no parecer nº 42/99, afirma que a “hipnose é reconhecida como valiosa prática médica, subsidiária de diagnóstico ou de tratamento, devendo ser exercida por profissionais devidamente qualificados e sob rigorosos critérios éticos”. No Brasil a hipnose tem sido utilizada em vários centros de referência, como é o caso do Hospital das Clínicas da USP em São Paulo.

E como essa técnica pode ser utilizada na saúde mental? De acordo com o parecer nº42/99 do Conselho Federal de medicina (CFM), utilizando-se da hipnose é possível tratar diversas condições relacionadas ao sofrimento mental, tais como “ansiedade, estresse, fobias, síndromes pós-traumáticas, depressão, distúrbios alimentares, sexuais ou do sono, distúrbio de personalidade, síndromes dolorosas agudas e crônicas, preparo para exames invasivos e durante sua realização, dentre outros”.

Palsson (2015) evidencia a relação dos distúrbios gastrointestinais com o estado mental dos pacientes e a eficácia da terapia com hipnose para esses problemas. O trabalho científico de Milling *et al.* (2018) conclui que a hipnose é uma técnica que possui grande eficácia na eliminação dos sintomas da depressão e sugere que os profissionais da área da saúde considerem fortemente o uso da mesma para tratamento de pacientes depressivos. Wark (2008) lista 32 problemas de saúde que podem ser tratados com hipnose, dentre eles: asma, cefaleias, hipertensão arterial sistêmica, fibromialgia, náuseas e hiperemese, dores obstétricas, obesidade, hemorragia, dentre outros. Pacientes com câncer podem se beneficiar da hipnose tanto para tratar dores (MARK, 2008) quanto para tratar sintomas emocionais causados pela doença (CHEN *et al.*, 2017).

É por isso que, ao assistirmos um filme, se estivermos concentrados, podemos nos emocionar e até mesmo chorar, pois, enquanto estamos submersos na ficção (hipnose) trazemos sentimentos à tona como se as cenas fossem reais, e apenas nos desligamos dessa emoção, quando o consciente é novamente priorizado. Todas as informações externas que recebemos, bem como todas as emoções que acompanham cada uma dessas informações, ficam armazenadas em nosso subconsciente, porém, muitas vezes, nós não temos acesso a essas informações de modo consciente. Uma música, por exemplo, que traz memórias e lembranças é um gatilho que traz a tona informações armazenadas no subconsciente, em que há associação com uma emoção.

A lógica é a mesma para situações que causam problemas nas pessoas. Alguma informação conectada a uma emoção negativa está armazenada no subconsciente e, quando algum gatilho faz com que essa informação seja acessada, a emoção negativa aflora, muitas vezes acompanhada de pensamentos e atitudes descontrolados e ruins. O consciente recebe e entende essas informações, e, quando o comportamento se repete, ele pode até perceber qual foi o gatilho, mas, na maioria das vezes, é incapaz de entender a origem daquele sentimento, dificultando assim a mudança de padrão de pensamento/comportamento.

Este padrão é facilmente percebido nos casos de Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), que é uma desordem psiquiátrica que surge após um grande evento traumático, o qual inclui sintomas que afetam a qualidade de vida do indivíduo como distúrbios do sono, incluindo pesadelos, pensamentos recorrentes e estressantes relacionados ao fator causador, recusa em se lembrar do evento, isolamento social, hipervigilância, irritabilidade etc. (ROTARU e RUSU, 2016). De acordo com Rotaru e Rusu (2016), nos casos de TEPT, o efeito da hipnose é promissor e pode ser considerado, não apenas uma técnica complementar aos tratamentos clássicos, mas também um tratamento valioso por si só.

Porém, por meio da hipnose, é possível, não só ter acesso a essas informações, como também modificar as emoções ligadas a elas, sendo, uma das técnicas utilizadas para isso a ancoragem, que possibilita algum nível de compreensão diagnóstica sobre a experiência da pessoa, principalmente a partir da produção imaginária que dela emerge ao focar em partes do corpo. A partir disso, molda-se tais lembranças e imaginações, de modo a transformar sua

relação com a própria constituição do mundo de experiência onde ele se insere (NEUBERN, 2013), sendo essa a base do tratamento com hipnoterapia.

Em pacientes com depressão (MILLING *et al.*, 2018), a hipnose é efetiva na redução de sintomas, construção de habilidades de enfrentamento, reestruturação de pensamento e desenvolvimento de ideias associativas e dissociativas, permitindo assim o tratamento da doença. Alguns estudos demonstram que houve uma melhora em 76% dos participantes de um estudo controle que receberam tratamento com hipnose.

Para facilitar o entendimento, segue um exemplo simplificado: imagine um paciente que apresente uma fobia que afeta de forma negativa a vida dele. Vamos supor que ele entre em pânico toda vez que tenha algum contato, direto ou indireto, com barata (quando vê o animal, quando sente o cheiro, quando entra em locais sujos e pensa na possibilidade de ver o artrópode ou até mesmo, quando alguém fala a palavra “barata”). Usando a hipnoterapia, é possível buscar no subconsciente deste paciente qual foi a informação inicial gravada na mente desta pessoa e que está ligada à emoção de medo. Acessando essa informação, é possível dissociar a imagem mental do inseto ao sentimento ruim, e ainda, pode-se “linkar” uma nova emoção (de segurança, de tranquilidade) à lembrança que antes lhe trazia medo, chamamos isso de ressignificação, ou seja, modificamos o significado emocional da lembrança armazenada no subconsciente. Assim, após a ressignificação feita na terapia com hipnose, o pânico não aparecerá mais quando o paciente tiver contato com a barata, pois, para o subconsciente dele, aquele sentimento ruim não faz mais sentido nessas situações, já que agora a barata não parecerá mais uma ameaça para o subconsciente. Ou seja, a hipnose nos permite acessar informações que estão no subconsciente do indivíduo e, assim, por meio de ressignificações ou até mesmo com o uso de sugestões diretas em alguns casos, é possível tratar vários problemas psicossomáticos melhorando assim não só a saúde mental do indivíduo, como também a saúde como um todo (FERREIRA, 2012).

A capacidade para entrar em transe por meio de um estímulo adequado está presente em qualquer pessoa cujas funções cognitivas encontrem-se preservadas, porém, nem sempre o hipnólogo terá sucesso com todos os pacientes, pois, fatores como o temperamento do sujeito; a idade, sua expectativa em relação ao hipnólogo e/ou ao processo terapêutico, interação hipnotista-paciente influenciam para que se alcance o estado hipnótico. Trabalhos demonstram que crianças são mais suscetíveis ao estado hipnótico experimental, e que, há maior dificuldade para o transe na adolescência e em pessoas acima de 65 anos (CORTEZ e OLIVEIRA, 2003).

A hipnose é uma ferramenta terapêutica que, muitas vezes, por si só, é capaz de tratar alguns problemas de saúde, porém, em alguns casos ela atua em conjunto com outros tratamentos. O número de sessões necessárias deve ser individualizado, pois depende tanto do problema que o paciente apresenta, quanto do envolvimento do paciente no processo hipnótico. (CORTEZ e OLIVEIRA, 2003).

É importante ressaltar que outras práticas em saúde mental também são válidas, tais como a meditação, a psicoterapia, entre outras. Além disso, devem estar associadas sempre à prática de atividades físicas, alimentação adequada, sono regulado e vínculos sociais saudáveis.

Como podemos ver, a hipnose é uma técnica terapêutica altamente benéfica, porém pouco utilizada (MADAN e PELLING, 2015). O conhecimento das possibilidades de tratamento por meio da hipnose pelos profissionais da área da saúde é essencial para ampliar o uso desta técnica que tanto pode beneficiar os usuários e potencializar a sensação de bem estar.

7.1.9 Auriculoterapia

A Auriculoterapia é um método que busca tratar sintomas, doenças e condições apenas por estimulações no pavilhão auricular (SOUZA, 2018; NEVES, 2018). Para tanto, é possível utilizar diversos materiais, tais como agulhas de acupuntura, agulhas semipermanentes, sementes de mostarda, vaccaria ou de cousa, esferas de aço inox, aplicação de calor local por meio de bastão de moxa, laser, estimulação elétrica transcutânea, entre outros. Esses instrumentos são utilizados para estimular pontos do pavilhão auricular que apresentam correspondência com os órgãos e funções de todo o corpo. Existem vários termos pelas quais a Auriculoterapia é denominada: em português utilizam-se os termos Acupuntura Auricular, Auriculopuntura, Acupuntura na Orelha, e Auriculoterapia. Em inglês, os termos mais comuns são Auriculotherapy, Auricular Acupuncture, Ear Acupuncture, Auricular Acupressure, e Ear Therapy, mas todos fazem referência ao mesmo método.

Embora alguns profissionais queiram diferenciar o método a partir do material utilizado (por exemplo, dizendo que “Acupuntura Auricular” exprime apenas o uso de agulhas nos pontos da orelha), mas o termo Auriculoterapia tem sido empregado nos portais de busca por ser mais abrangente e exprimir a realidade do método. Os diversos materiais utilizados produzem resultados semelhantes, mas o objeto principal do tratamento não é um material ou outro, e sim o pavilhão auricular.

A Auriculoterapia foi desenvolvida inicialmente por um acupunturista francês chamado Paul Nogier em 1951, que, fazendo estudos empíricos, concebeu a somatotopia da orelha como um feto humano de cabeça para baixo, localizando por meio dessa analogia pontos correspondentes a funções e órgãos do corpo humano. Posteriormente levou seus estudos para a China e, em 1958, a Revista de Medicina Tradicional Chinesa de Shangai publicou seu “homúnculo” da orelha, provocando uma onda de estudos sobre esse conceito e dando origem às formas de tratar pela orelha que conhecemos atualmente.

No Ocidente também surgiram estudos que foram marcos da história da Auriculoterapia, como o estudo de Terry Oleson, que em 1980 confirmou a exatidão do diagnóstico auricular para dores musculoesqueléticas, comparando pontos auriculares e regiões do corpo, com exatidão de 75%, constatando que as áreas da orelha com aumento de atividade elétrica estavam correlacionadas com regiões do corpo que apresentavam dor musculoesquelética (NEVES, 2018). Isso sugere que a orelha pode ser utilizada não apenas para tratar, mas também para diagnosticar condições.

Na literatura científica mais recente a Auriculoterapia também tem apresentado bons resultados para diversas condições de naturezas diferentes, de maneira especial: dor de basicamente todos os tipos (ASHER, 2010; VIEIRA *et al.*, 2018), constipação intestinal (SHIN e PARK, 2018), sintomas menstruais, controle de vícios por tabagismo (DI *et al.*, 2014) e outras formas de drogadição (JANSSEN, 2012), náusea (EGHBALI, 2016), stress (PRADO, 2018) ansiedade (YEH *et al.*, 2013; KUREBAYASHI, 2017; CHUEH, CHANG e YEH, 2018), entre outras condições.

A chamada Estimulação Transcutânea Auricular do Nervo Vago (ETANV) também tem apresentado bons resultados na redução dos sintomas de depressão, embora essa terapia não seja denominada propriamente como Auriculoterapia. Os resultados obtidos com esse tipo de estimulação corroboram a eficácia do tratamento por estímulos no pavilhão auricular, além

disso a área utilizada na ETANV, a Concha da Orelha, contém vários pontos utilizados na Auriculoterapia para tratamento de diversas condições, inclusive depressão. A Concha da Orelha é inervada pelo Nervo Vago, um dos nervos que inerva boa parte dos órgãos internos, e nos mapas de Auriculoterapia Chinesa, a maior parte dos pontos relacionados a órgãos internos encontram-se nesta região. Segundo a Medicina Tradicional Chinesa, os órgãos internos estão relacionados diretamente com as emoções (LOPES e SULIANO, 2016; SOUZA, 2018; NEVES, 2018).

Sobre transtornos em Saúde Mental, pode-se perceber por meio dos estudos que a Auriculoterapia auxilia no controle de sintomas tais como ansiedade, tristeza excessiva, irritabilidade e outros. Partindo do pressuposto de que apenas resolvendo seus próprios conflitos internos e gerindo suas emoções é que o paciente consegue curar-se de transtornos como depressão, não se recomenda substituir o tratamento psicoterapêutico pela auriculoterapia, mas realizar as duas coisas concomitantemente.

Acerca do uso medicamentoso, a Auriculoterapia, tal como outras práticas integrativas, pode ser utilizada como alternativa para o tratamento antes de aderir ao uso de fármacos. Quanto ao tempo de tratamento, a maioria dos estudos encontrou resultados em uma média de 5-10 atendimentos, para a maior parte das condições.

7.1.10 Homeopatia

A homeopatia é conhecida como especialidade farmacêutica que tem por base a administração de doses mínimas de medicamento, para que não ocorra a intoxicação do indivíduo doente, além de estimular a reação orgânica. Essa ciência utiliza a lei natural de cura *Similia similibus Curantur*, ou seja, os semelhantes são curados pelos semelhantes, a qual foi enunciada ainda no século IV a.C. por Hipócrates (LOCH-NECKEL, CARMIGNAN e CREPALDI, 2010). A fundamentação da homeopatia ocorreu em 1796, por meio do médico alemão Christian Frederich Samuel Hahnemann. Este fato foi proveniente da tradução da *Matéria Médica*, escrito por Willian Cullen, deixando Hahnemann intrigado quanto à explicação sobre a ação da *China officinalis*, o que levou este a experimentar em si mesmo, originando assim a continuação de pesquisas sobre a homeopatia. No Brasil, a introdução da homeopatia aconteceu em 1840, por Benoit Mure, o qual foi responsável pela difusão dessa terapêutica de modo rápido, se consagrando como nova opção de tratamento para a população (SANTOS, 2014).

O reconhecimento da homeopatia como especialidade médica ocorreu apenas em 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que abriu as portas para que essa terapêutica fosse integrada à Saúde Pública, regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990. As referidas leis integram os princípios da equidade, universalidade, integralidade e princípios organizativos de hierarquização, descentralização, resolutividade e controle social (LOCH-NECKEL, CARMIGNAN e CREPALDI, 2010).

A ciência homeopática tem por base quatro princípios fundamentais: “a lei dos semelhantes, experimentação em homem sadio, doses mínimas e medicamento único”. Através de estudo dos quatro princípios, é possível compreender a maior parte da prática da homeopatia. A homeopatia tem por finalidade tratar a pessoa como um todo, não apenas os sintomas corporais, pois se considera que mente e corpo estão em ligação estreita. Dessa forma, sintomas não podem ser

tratados sem que haja compreensão quanto à constituição do indivíduo, assim como o caráter do mesmo (SANTOS, 2014).

Sabe-se que, além de ser considerada prática médica, a homeopatia é tida ainda como doutrina, em função de apresentar bases científicas e filosóficas. Essa prática está alicerçada em métodos científicos próprios, bem embasados, e a experimentação de medicamentos é feita em indivíduos sadios e posteriormente há aplicação em pessoas enfermas (SIQUEIRA, 2009). Outro ponto relevante na homeopatia está relacionado ao conceito de força ou energia vital, que é fundamental na teoria homeopática. Por meio dessa, considera-se o desequilíbrio energético fator primordial para o surgimento de doenças.

Medicamentos homeopáticos são provenientes de substâncias dos distintos reinos, seja animal, vegetal e mineral, derivando de substâncias produzidas nos organismos vivos e resultantes de processos fisiológicos normais e patológicos, isto é, sarcódios e nosódios, respectivamente, assim como das substâncias que são sintetizadas em laboratório. As substâncias que são usadas como ponto inicial para a produção de homeopáticos devem ser feitas de maneira rigorosa, seguindo e respeitando a normatização estabelecida pela Farmacopeia Homeopática Brasileira. Assim, o medicamento originário da homeopatia é conceituado como:

Toda forma farmacêutica de dispensação ministrada segundo o princípio da semelhança e/ou da identidade, com finalidade curativa e/ou preventiva. É obtido pela técnica de dinamização e utilizado para uso interno ou externo (BRASIL, 2011a, p. 18).

Com isso, conhecer os fundamentos homeopáticos, em conjunto as características principais de medicamentos provenientes da homeopatia, envolvendo práticas farmacotécnicas, é relevante para profissionais atuantes na área da saúde, sendo que esses desempenham papel como facilitadores da saúde da população.

7.1.11 Ayurveda

A Medicina Ayurvédica é originária da Índia, mas é praticada no mundo todo. No literal significa ciência (veda) da vida (ayur). Destina-se ao estudo a respeito da manifestação de doenças, do corpo, da mente e da alma.

Este conhecimento se baseia em práticas e estudos que contemplam o ser humano de forma integral, buscando promover o equilíbrio total do homem, sem fragmentações, atuando em conjunto nos corpos físico, mental, emocional e social, pois entende-se que a saúde e o bem-estar dependem de uma interação harmônica destes aspectos, e quando essa interação acontece, ocorre um ganho no bem-estar e na qualidade de vida (VENDRAME, 2012). A história da Ayurveda é marcada por algumas controvérsias, porém, a informação mais recorrente é a de que ela tem sua origem no Vale do Rio Indo, na Índia, 3000 a.C. Conforme Rodrigues e Dutra (2012), esse processo começou quando os povos arianos invadiram o Vale dos Indos, provenientes do centro da Ásia, impondo seu sistema de divisão social em castas e a sua religião que se baseava nos Vedas que são hinos ayurvédicos que contém a filosofia principal da antiga Índia. O autor ressalta que os textos védicos não tratavam só de religião, eles também eram a fonte de conhecimento médico que foi a base da ayurveda. Deveza (2019) Chama a atenção para a

dificuldade de se localizar na história o processo de surgimento da Ayurveda e ressalta a sua expansão. Em seus estudos Bezerra, Silva e Rufino (2019), destacam que a Ayurveda tem como objetivos preservar e promover a saúde e curar doenças dos pacientes, para isso, utiliza os oito principais ramos destinados aos tratamentos dos pacientes que são:

- Rasayana (rejuvenescimento),
- Vajikarana (afrodisíacos),
- Kaychikitsa (clínica médica ou medicina interna),
- Agada Tantra (toxicologia),
- Bhutavidya (psicologia e psiquiatria),
- Kaumarbhritya (pediatria),
- Shalya (cirurgia ayurvédica),
- Shalakya (doenças da cabeça e pescoço).

A Medicina Ayurvédica possui uma variedade de ferramentas terapêuticas que são primariamente dietéticos e herbais: massagens Ayurvédica, uso de ervas medicinais, rotina de dieta e hábitos saudáveis, prática de yoga e meditação, óleos essenciais e medicamentos com plantas, de acordo com cada doshas – características do perfil biológico do indivíduo, forma como a ayurveda define os biótipos. No campo da saúde mental, por exemplo, trabalha-se ainda com a perspectiva dos estados da saúde mental que influenciam diretamente no corpo: Sattva (inteligência, transmite equilíbrio e harmonia), Rajas (energia, causa desequilíbrio), e Tamas (mente substância, cria inércia). Estas variantes determinam a condição de equilíbrio ou desequilíbrio.

Apesar de ser inserida no contexto das práticas integrativas da saúde, no Brasil, na década de 1980, com a utilização das plantas medicinais, que conquistou especialmente o gosto popular, no Sistema Único de Saúde (SUS), o uso da Ayurveda ainda é muito limitado, restringe-se a ações realizadas por alguns profissionais da área. De toda forma, a Ayurveda pode ser integrada a todas as práticas da saúde ocidental, sendo que a mesma possui diferentes protocolos que podem ser aplicados nas mais diversas situações, já que muitas doenças podem ser evitadas por meio da prevenção e tratadas de acordo com o grau de avanço da doença, por meio da adoção de novos hábitos.

Os tratamentos levam em consideração quatro pilares que são geradores de saúde ou doença: emocional, estilo de vida, alimentação e o ambiente em que o indivíduo está inserido. Todas essas são práticas que podem ser integradas a todos os tipos de tratamentos, para pacientes portadores de doença físicas e/ou mentais, sempre considerando a necessidade e especificidades de cada um, já que não são tratamentos padrões. Verifica-se que a utilização das práticas Ayurvédicas tem um impacto positivo no tratamento de saúde mental, por meio do uso de ervas medicinais tonificantes mentais, meditação, exercícios respiratórios (pranayamas) e também conta com várias terapias corporais que já vem sendo realizadas em espaços especializados.

Por não existirem protocolos padrões para todos os tipos de pacientes é recomendado que os pacientes ou profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que aderirem aos tratamentos ayurvédicos sejam acompanhados por um profissional habilitado em Ayurveda, terapeutas e médicos. Porém é importante observar sempre os pacientes que receberem tratamentos ayur-

védicas, que se preocupem com o equilíbrio do corpo e da mente, considerando aspectos como alimentação, tempo de repouso (sono) e a saúde mental.

Algumas das principais sugestões baseadas nos princípios da Ayurveda:

- 1) Uma das formas de se obter saúde física e mental é, no momento das refeições, buscar por um local pacífico, sem barulhos, sem interferência de aparelhos eletrônicos (desligue a televisão e deixe o celular de lado). Evite assuntos que podem impactar no emocional, especialmente no horário das refeições.
- 2) Cada pessoa deve dormir conforme as suas necessidades (uma média de sete horas de sono), mas procurando sempre acordar antes do sol e praticar atividades físicas pela manhã, o que aumenta os processos digestivos, promove a disposição e o bom humor, reestabelecendo a saúde mental.
- 3) Recomenda-se uma caminhada matutina, antes de iniciar as atividades diárias, por uma média de 30 minutos.
- 4) É contraindicado o consumo de líquidos (água, suco, frutas e doces em geral) durante as refeições e até 1h30min após. No caso de pacientes com deficiência na deglutição indica-se alimentos cozidos e molhados. Tem-se também a opção de usar um pouco de água morna ou de chás (erva-doce, hortelã, canela, cravo-da-índia ou cominho), sem açúcar durante as refeições.
- 5) Não dormir após as refeições. É recomendado um momento de descanso em um ambiente iluminado, sentado de forma confortável e relaxada. Após as refeições, também é recomendado uma caminhada de 60 a 100 passos, lentos e contemplativos, em ambientes com sombra, mas ao ar livre.
- 6) Promover aos pacientes um ambiente arejado, iluminado, livre de muito trânsito, onde eles possam fazer uma reflexão e meditação sem interferências externas.
- 7) Oferecer espaços em que os pacientes possam realizar reflexões, práticas religiosas e contemplativas independentes de credos.

7.2 Grupos de Saúde Mental na Atenção Básica

A Lei Nº 10.216/2001 regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e redireciona o modelo de cuidado em saúde mental para o território (BRASIL, 2013). Ela também destaca o respeito aos direitos humanos e a promoção da equidade como princípios fundamentais para o combate a estigmas e a promoção da saúde mental. A legislação prevê a ampliação e a diversificação de estratégias territoriais de promoção, de autonomia e exercício de cidadania dos usuários do SUS “levando-os a buscar, na potencialização da Atenção Básica alternativas à institucionalização do cuidado”.

Essa proposta, ao incluir o território como locus da atenção psicossocial, não visa simplesmente deslocar o modelo do consultório médico para o espaço comunitário, mas sim incentivar a “[...] construir conceitos e inventar práticas que operem em pleno campo produtivo de sociabilidade e vida”. Neste sentido, a equipe de saúde precisa compreender o território e criar uma

relação de vínculo para atenção integral aos usuários, o que significa dizer que o cuidado em saúde mental faz parte das intervenções cotidianas da Atenção Básica, da realidade do território e deve levar em consideração as singularidades de cada sujeito e da comunidade.

A experiência demonstra que a atenção a saúde focada na singularidade do sujeito e na integralidade do cuidado, e não na doença, promove abertura para mudanças, melhorias do contexto de trabalho do profissional e da qualidade de vida do usuário.

7.2.1 Tecnologias leves na Atenção Básica

As chamadas tecnologias leves podem ser definidas como abordagens assistenciais realizadas junto ao usuário de forma relacional e viva, fomentando o compartilhamento de saberes entre equipes e comunidade. As técnicas disponibilizam aos sujeitos momentos de fala, escuta e interpretação, de cumplicidade e de confiabilidade e esperança, desse modo, possibilitando a formação de forte vínculo com os usuários (MERHY, 1998).

As contribuições da Atenção Básica possibilitam novas intervenções e perspectivas nos territórios individuais e coletivos, deslocando o olhar da doença para o cuidado, a redução de danos e a ressignificação do sofrimento. Essa proposta potencializa novos modos de fazer saúde e promove concepções positivas em saúde mental. Alguns indicadores apontam para a efetivação dessa proposta:

- Novos modos de grupalidade, que estimulam a participação e responsabilização de todos os envolvidos nas decisões de um grupo, de modo a ampliar autonomia grupal e valorizar o interesse do grupo em detrimento do interesse individual;
- Incentivo a realização de atividades simbólicas e abstratas. Valorização da criatividade e da interação social;
- Utilização do tempo livre, o tempo de lazer e repouso;
- Desenvolvimento de consciência social que seja capaz de abordar as problemáticas sociais, grupais e individuais

7.2.2 Promoção de Saúde Mental

A integração da saúde mental com a Atenção Primária à Saúde (APS) favorece as práticas de cuidado integral, pois reconhece a coexistência de transtornos físicos e mentais, amplia o acesso aos serviços de saúde mental, promove os direitos humanos e minimiza as lacunas entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas atendidas (HIRDES e SCARPARO, 2015).

As tecnologias terapêuticas relacionais, grupais, manuais, corporais, artísticas e verbais, desenvolvidas pela equipe, pela comunidade e por outros atores comunitários, devem compor o rol de ações de saúde sempre que a situação assim indicar e em todo o cotidiano dos serviços de saúde (TESSER e TEIXEIRA, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde destacam-se os seguintes valores para a atuação da equipe no processo de intervenção:

Valores	
Solidariedade	Razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias
Felicidade	Auto percepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades
Ética	Pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade
Respeito às diversidades	Reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, entre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde
Humanização	Elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde
Corresponsabilidade	Responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos
Justiça social	Enquanto necessidade de alcançar a distribuição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos
Inclusão social	Pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades.

Fonte: Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 2014.

Pode-se afirmar que as estratégias terapêuticas e intervenções das equipes de saúde devem seguir uma construção pautada também na Promoção da Saúde. Nessa perspectiva, essas práticas precisam considerar o “âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra (entre os serviços do SUS) e intersetorial (serviços e outras políticas fora do âmbito da saúde), pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)”. Esse objetivo só poderá ser alcançado através da articulação das ações de saúde com redes de proteção social, além do incentivo à ampla participação e controle social.

7.2.3 O Trabalho com Grupos de Saúde Mental na Atenção Básica

O planejamento de trabalho com grupos tem como fundamento principal o processo de territorialização que as equipes realizam para reconhecer o contexto social e comunitário em que atuam (BRASIL, 2017). A partir dessa verificação, é possível reconhecer as necessidades territoriais que fundamentarão o planejamento das grupalidades a serem propostas. O processo de territorialização deve ser construído pela participação de todos os atores comunitários, dentre eles, a equipe de saúde pode apontar um conjunto de necessidades através de indicadores ambientais, econômicos e psicossociais. Nesse sentido, dois aspectos podem ser decisivos para um planejamento fundamentado de trabalho com grupos no conhecimento das demandas territoriais (BRASIL, 2017):

- 1) As reuniões de equipe por território de abrangência;
- 2) O trabalho dos agentes comunitários.

7.2.4 Grupos em Saúde Mental

Importante salientar a diferença de agrupamento e grupo: tomemos o exemplo de uma orquestra em início de um concerto. Quando os músicos estiverem afinando seus instrumentos isoladamente, temos um exemplo de agrupamento, que é um conjunto de pessoas que convivem e partilham um mesmo espaço. Tornar-se-ão um grupo quando houver interação uns com os outros, ou seja, a partir do momento que forem comandados pelo maestro e cada qual assumir seu lugar, seu papel, sua posição, função, dialogando e interagindo uns com os outros, compondo um grupo dinâmico (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997).

Os grupos se constituem como estratégia de intervenção psicossocial na Atenção Básica, com potencial para a troca de experiências e transformações, que não seriam possíveis num atendimento individualizado (BRASIL, 2013). Sendo assim, o resultado da participação em um espaço de grupo aparece se o grupo faz sentido para quem está nele. Contudo, há que se considerar os momentos grupais como potentes para alcançar os objetivos do projeto terapêutico, seja individual ou coletivo. Desta forma, o grupo pode auxiliar de forma complementar em aspectos como (BRASIL, 2011):

- a) Comunicação entre profissionais e usuários;
- b) Manejo clínico da doença ou condição de saúde;
- c) Organização da demanda de saúde da população atendida;
- d) Promoção de espaço para compartilhamento de experiência;
- e) Convívio social e comunitário;
- f) Trabalho em Equipe.

Nesse contexto, o trabalho em equipe também é fundamental, pois coloca em movimento o compartilhamento do cuidado e corresponsabilização, produzindo novos arranjos, novas ex-

periências e novos olhares sobre o território. Além do que, a estratégia grupal está no pano de fundo das ações de apoio matricial da equipe. A finalidade é ampliar a consciência dos profissionais para a atenção à saúde, criar espaço para resolução de conflitos internos, acolher dificuldades dos membros quanto à prática profissional, construir modelos de cuidado, contribuir para a prevenção de esgotamento no trabalho, desenvolver a interdisciplinaridade e reforçar a solidariedade e responsabilidade de todos sobre o trabalho (BRASIL, 2011).

7.2.5 *Classificação dos grupos*

7.2.5.1 *Quanto ao seu funcionamento*

Quanto ao seu funcionamento: a depender das estratégias de funcionamento do grupo, ele pode ser classificado como aberto ou fechado, o que quer dizer que há relação direta entre o objetivo do grupo e a sua duração (MORÉ e RIBEIRO, 2010).

Os grupos abertos devem ter um objetivo mesmo não havendo necessariamente um tempo de duração definido. Além disso, o grupo tem início com um número mínimo de participantes que, ao longo do funcionamento, pode mudar, sendo permitido o ingresso e a saída integrantes. O êxito, ao se adotar esse tipo de grupo, está diretamente relacionado à quantidade de integrantes, devendo sempre se respeitar um limite numérico para que todos possam se reconhecer em sua singularidade e que a comunicação (visual e auditiva) ocorra sem problemas (MORÉ e RIBEIRO, 2010). Nessa modalidade de grupo encontramos a maior oferta da Atenção Básica.

O grupo fechado tem um objetivo bem definido, com tempo determinado e número de pessoas que será o mesmo do início ao fim do processo, sem a inclusão de nenhum novo membro. Aqui localizamos os grupos analíticos ou psicoterapêuticos, que demandam a participação de profissional psicólogo experiente em relação ao manejo de aspectos psicológicos como a transferência e a contratransferência. Essa modalidade é mais frequente nos serviços especializados em saúde mental.

7.2.5.2 *Quanto a sua constituição*

Os grupos também podem ser homogêneos ou heterogêneos, essa classificação pode ser determinada por vários elementos (MORÉ e RIBEIRO, 2010), por exemplo:

- 1) Público alvo;
- 2) Gênero;
- 3) Faixa etária;
- 4) Condição de morbidade (agravos de saúde) de seus membros etc.

Os grupos homogêneos obedecem a um critério de proximidade de características, conforme o objetivo ou meta estabelecidos para a existência do grupo. Por outro lado, grupos heterogêneos são caracterizados pela diversificação dos elementos psicológicos ou psicopatológicos apresentados pelos participantes (MORÉ e RIBEIRO, 2010).

É importante salientar que a condução, tanto do grupo heterogêneo quanto do homogêneo, não difere na sua essência. O que determinará a boa condução é o grau de conhecimento do coordenador/facilitador sobre a natureza do sofrimento apresentado e na motivação pessoal para lidar com esse grupo (MORÉ e RIBEIRO, 2010).

7.2.5.3 Quanto ao seu objetivo

É importante que os objetivos para a existência do grupo estejam claros e definidos pela equipe de saúde que o conduzirá, tendo em vista o que se pretende alcançar, considerando o potencial de vínculo, o manejo dos riscos, e os resultados almejados para o autocuidado e autonomia dos sujeitos implicados. Nesse sentido, os grupos podem ser estruturados em: grupos operativos e grupos psicoterapêuticos.

7.2.6 Tipos de grupos

7.2.6.1 O grupo Operativo

Essa modalidade de grupo tem uma ampla conceituação e uma extensa gama de aplicações. A sua teoria nasce com o psicanalista argentino Pichon-Riviere (1969), que desenvolveu uma técnica grupal levando em consideração diversos fatores, tanto conscientes quanto inconscientes, predominantes em qualquer campo grupal. A proposta principal dessa técnica é a de grupo centrado na tarefa, ou seja, os integrantes mantêm relação direta com um objetivo comum a ser alcançado, que poderá ser de cura, aprendizagem, informação etc (MORÉ e RIBEIRO, 2010). Os grupos operativos abrangem quatro campos de atuação (BRASIL, 2011):

- Ensino-aprendizagem: busca refletir sobre temas e discutir questões de comum interesse do grupo;
- Institucional: formados em instituições, como por exemplo escolas ou igrejas, com a finalidade de discutir sobre questões de interesse daquela localidade;
- Comunitário: objetivo de integração e incentivo a capacidade grupal da comunidade, com atividades para públicos específicos, por exemplo gestantes, adolescentes, idosos, etc.
- Terapêutico: tem por objetivo o desenvolvimento de um processo grupal que procure compreender e intervir sobre questões psicológicas e está centrado na busca de melhora dos aspectos comportamentais, relacionais, comunicacionais conscientes e/ou inconscientes dos indivíduos e do grupo como totalidade.

O Grupo Operativo apresenta ainda três momentos que são identificados no processo de mudança quanto ao seu funcionamento e modo de agir e de pensar dos membros (PICHÓN-RIVIÈRE, 1969; FISCMANN, 1997):

- a) Pré-tarefa: predomínio das ansiedades e medos que se apresentam como obstáculos para “entrar na tarefa” propriamente dita;

- b) Tarefa: os participantes já dão conta de romper com os obstáculos representados pelos medos e ansiedades;
- c) Projeto: momento em que há objetivo comum na tarefa, o que permite o planejamento para o futuro.

Os grupos na atenção básica facilitam a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas. Revelar-se num grupo, a partir do sofrimento, pode ter alto valor terapêutico. Nos grupos da AB, em que os profissionais não tenham formação analítica, principalmente médicos e enfermeiros, pode-se desenvolver enfoques diversos, a partir do compartilhamento de vivências e conhecimentos, da pactuação de compromissos para melhorar a situação de saúde.

7.2.6.2 O Grupo psicoterapêutico

Os grupos analíticos ou psicoterapêuticos desenvolvidos por serviços de Saúde Mental são frequentemente grupos fechados para tratamento de transtornos da subjetividade. Apostam na função analítica das ações e dinâmicas relacionais familiares e psicológicas do indivíduo que sofre. Isso implica em manejo cuidadoso dos aspectos subjetivos das vivências e histórias passadas dos indivíduos envolvidos. Neste sentido, é importante considerar, no momento da escolha por grupos psicoterapêuticos, a garantia de disponibilidade de um profissional com formação adequada em saúde mental com experiência no enfoque analítico da condução de grupos para o manejo de situações transferenciais e contratransferências. Nesse caso, a relação com os serviços de saúde tais como os NASF's e CAPS's, pode ser potencializada através da função do apoio matricial de um especialista (médico psiquiatra ou psicólogo com experiência em saúde mental) para as equipes territoriais (BRASIL, 2011b).

7.2.6.3 Grupo de Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM)

A proposta dos grupos de gestão de medicamentos é fortalecer a individualidade e a singularidade dos sujeitos através do contato com o outro, além de possibilitar a criação dos laços sociais importantes na proposta da desinstitucionalização e autocuidado. Isso significa: “auxiliar na Responsabilização dos usuários pelo tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, o que envolve outra relação com a psiquiatria, com os medicamentos e com a saúde” (MINOZZO, 2019, p. 331).

Experiências como as que realizam a gestão autônoma do uso de medicamentos tem se mostrado como importante estratégia de desmedicalização na atenção Básica (ONOCKO-CAMPOS, 2012a). Fundamentada na perspectiva da autonomia e do autocuidado, essa estratégia aciona usuários e comunidade, profissionais de saúde e rede de atenção à saúde. Funciona como uma estratégia de efetiva participação dos usuários nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental.

O objetivo é possibilitar ao usuário acesso as informações referentes ao seu tratamento, e a importância e impacto da medicação e de outras práticas de promoção à saúde, além de compreender sobre a rede de apoio social e ampliar a qualidade de vida do usuário (ONOCKO-CAMPOS, 2012a).

7.2.7 Planejamento e Encontro Grupal

Quando se planeja um encontro grupal, é necessário observar o devido cuidado ético/técnico por parte da equipe de profissionais envolvidos. Para isso, alguns aspectos merecem destaque (MORÉ e RIBEIRO, 2010):

- Disponibilidade dos profissionais envolvidos na proposta grupal: deve-se minimizar a rotatividade de profissionais que estão à frente das coordenações de grupos, principalmente porque esses profissionais representam o objetivo do grupo e o vínculo de saúde com os participantes;
- Período do ano em que os grupos se realizam: é necessário verificar com cuidado as datas, para não incluir eventos em períodos festivos ou de feriados e férias.
- Mapeamento dos lugares na comunidade onde já acontecem/aconteceram eventos sociais ou grupais: verificar a possibilidade de utilizar um local onde já acontece a atividade, para fomentar a participação e auxiliar os profissionais na inserção na comunidade;
- Estratégias de fluxos de participantes dos grupos: necessário reconhecer os processos de trabalho de cada profissional do serviço de saúde, para promover estratégias de cuidado e adaptações, quando necessário.

7.2.7.1 Planejando o encontro grupal

Como vimos, a organização de uma proposta de intervenção grupal tem uma relação direta com o seu planejamento, e é preciso ater-se a questões como (MORÉ e RIBEIRO, 2010).

- Definição do objetivo principal e dos específicos de forma clara para todos os envolvidos, por auxiliar na identidade grupal e norteamento das ações;
- Definição de lugar e horário: auxilia na organização do processo de trabalho dos profissionais e no agendamento de participação dos usuários;
- Critérios e/ou estratégias de inclusão e número dos participantes: pode-se estabelecer como critério de inclusão a fase do desenvolvimento humano (infância, adolescência, fase adulta e velhice). O número de participantes de uma proposta grupal gira em torno de 10 a 15 pessoas, pois permite um trabalho de reflexão da informação/experiência grupal de modo contextualizado, recomenda-se a presença de dois profissionais da saúde para o auxílio na condução;
- Estabelecer o número previsível e de duração dos encontros com o mesmo grupo de pessoas: sempre se busca nas ações de intervenção grupal que elas tenham um começo, meio e fim. Por isso, determinar com o grupo o número de sessões auxilia tanto a cumprir os objetivos traçados como favorece a possibilidade de constituir uma rede efetiva de apoio.

7.2.7.2 Etapas do Encontro Grupal

- **Aquecimento:** É a fase inicial do encontro começa, de preferência, com mais de 50% dos presentes. Essa é uma regra referida no primeiro encontro para incitar os participantes a cumprir horários estipulados e dar conta de todas as etapas do trabalho grupal. A atividade de aquecimento é estratégica para o melhor fluxo da proposta.
- **Discussão e reflexão:** Essa etapa dura por volta de uma hora e se caracteriza pelo surgimento do protagonista grupal e da temática em torno da qual se construirão os diálogos possíveis, mediante a troca de experiências pessoais. Isso dará as bases para o aprendizado interpessoal.
- **Fechamento:** Nessa etapa, faz-se a síntese do tema grupal trabalhado no encontro. É importante nessa etapa de finalização do encontro alinhar os acordos e reafirmar os encontros futuros (MORÉ e RIBEIRO, 2010).

7.2.8 Oficinas terapêuticas

Uma oficina representa um local onde se planeja, produz ou conserta alguma coisa. Também se refere a um curso rápido onde se aprende a realizar um trabalho prático através do compartilhamento de experiências. A participação em uma oficina permite ao indivíduo canalizar seu pensamento e esforço físico no sentido de produzir algo concreto e que seja útil. Nesse contexto podemos afirmar que uma oficina terapêutica é um tipo de grupo voltado para a reabilitação, enfatizando o fazer e possibilitando, nesse processo, a aquisição de habilidades práticas e sociais.

As oficinas terapêuticas fazem parte dos dispositivos da Política Nacional de Saúde Mental, e tem o intuito de sensibilizar e efetivar o cuidado integral defendido pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004; GUIMARÃES e GUAZZELLI, 2016).

As intervenções da equipe de saúde podem promover formas de produzir saúde mental a partir das ações já realizadas no cotidiano dos serviços. Por isso aqui elencamos algumas ofertas possíveis de serem adaptadas e realizadas por equipe multiprofissional na Atenção Básica, em conjunto com outros equipamentos de saúde existentes na Rede de Atenção do território. Estas intervenções podem ser:

- Sensibilização da comunidade para diminuição do preconceito e estigma (atividades como oficinas de arte com participação dos Nasf-AB).
- Articulação com serviços intersetoriais para participação em outras atividades (exemplos: práticas corporais/atividade física, atividades de cultura e lazer).
- Estimular a inserção dos usuários em espaços de convivência com a comunidade (Oficina de teatro).
- Apoio à criação de cooperativas de trabalho e de associação de familiares e usuários em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS.
- Atenção às famílias com orientações e suporte em como lidar com o processo de adoecimento. (Documentário: Familiares parceiros do cuidado).

De acordo com relatos de autores, nas atividades em oficinas em que há o envolvimento das famílias, percebe-se também uma melhoria nas relações entre eles, um aspecto extremamente importante, já que não se tem com frequência a presença da família nas atividades de cuidado na saúde mental (GUIMARÃES e GUAZZELLI, 2016).

7.3 Uso Racional de Medicamentos no Tratamento de Pacientes em Sofrimento Mental

Para início de conversa, vamos entender um pouco do histórico dos psicofármacos e compreender alguns conceitos. Psicotrópicos são substâncias psicoativas que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), e que produzem notoriamente modificações comportamentais, de humor e com a continuação da administração tornam-se modificadores da cognição.

Sentimentos como tristeza, raiva e ansiedade são inerentes ao ser humano. São reações às situações do dia a dia, que, por si só, não são parâmetro para prescrição de psicofármacos. Mas quando, além desses sentimentos, surgem também outros sintomas que causam prejuízo às atividades do cotidiano, precisamos pensar em tratamento.

A partir do século XVII, a doença mental passou a ser desvinculada das crenças por meio das observações cuidadosas e objetivas de estudiosos como Thomas Stysdenham, Francis Bacon, John Locke e Baruch Spinoza. No século XVIII que Phillipe Pinel sistematizou uma base de classificação de doenças mentais, separando-as em melancolias, manias sem delírios, manias com delírios e demências (ALEXANDER e SELESNICK, 1980).

Ao longo dos anos, diversas substâncias foram sendo utilizadas na tentativa de controlar os sintomas de sofrimento psíquico. Dentre elas, a primeira a ser ministrada com esse objetivo foi à morfina para acalmar os pacientes. Outras substâncias como a cocaína e a heroína também foram usadas para fins de tratamento, e posteriormente foi descoberto o seu potencial de dependência (DHIEL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011).

7.3.1 Antipsicóticos

Até a década de 1950, os pacientes psicóticos eram isolados em manicômios e submetidos a tratamentos ineficazes e agressivos, tais como banhos gelados, eletrochoque, lobotomia dentre outros. Foi nesse contexto em que a clorpromazina tornou-se o primeiro medicamento antipsicótico a ser utilizado no tratamento de psicose aguda, embora tenha sido desenvolvida para outros fins. Desde então, outras medicações com efeito antipsicótico passaram a ser desenvolvidas. Não obstante aos seus efeitos colaterais, a utilização dessas novas substâncias possibilitou a diminuição do número de internações em leitos psiquiátricos e maior controle da doença mental (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009).

Inúmeros estudos vêm sendo realizados com o objetivo de diminuir os efeitos adversos desses psicofármacos e a manutenção de sua eficácia antipsicótica. Como exemplos de antipsicóticos comumente prescritos podem ser citados o haloperidol, a risperidona, olanzapina, ziprasidona e clozapina (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009).

Para aliviar sintomas psicóticos, tais como as alucinações e os delírios, as terapias alternativas não se mostram eficazes se realizadas isoladamente. Nesses casos, as medicações devem ser utilizadas para o controle (STHAL, 2013). Nos casos em que não há resposta suficiente, opta-se pela associação de medicação antipsicótica e eletroconvulsoterapia (método muito controverso e questionado quanto a sua eficácia). Este um procedimento atualmente “considerado” seguro nos casos de esquizofrenia com psicose refratária, transtornos de humor, tendo resoluções específicas sobre o seu uso pelo Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde.

Durante o tratamento com medicamentos antipsicóticos, os pacientes devem também receber um suporte através de uma abordagem psicossocial (LOUZA NETO, 2000) que contribua com informações e auxilie na adaptação à nova condição imposta pela doença e pelo tratamento.

O suporte psicossocial também contribui para a adesão ao tratamento medicamentoso, redução de fatores de risco, tais como abuso de drogas, depressão e suicídio. Também ajuda o paciente a adequar as expectativas, o que facilita estabelecer metas realistas; auxilia lidar com situações estressantes que poderia desencadear crises; ajuda os familiares a compreenderem a doença e o tratamento, o que contribui para reduzir expressões de crítica, de hostilidade e ou de superenvolvimento emocional (McGORRY e JACKSON, 1999). Vários procedimentos complementares podem contribuir para a recuperação do paciente e sua reintegração ao âmbito familiar e social, tais como psicoterapia individual ou de grupo, orientação familiar, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico entre outros (CORDIOLI, 2015).

7.3.2 Antidepressivos

Os antidepressivos são fármacos que atuam junto a alguns neurotransmissores, como por exemplo, a serotonina, com objetivo de reduzir e até eliminar os sintomas depressivos. Alguns antidepressivos foram descobertos acidentalmente no final da década de 1950. Vamos a alguns exemplos:

- Os pesquisadores observaram que pacientes com tuberculose, ao serem tratados com iproniazida, um inibidor de monoaminoxidase (IMAO), melhoravam de forma significativa os sintomas depressivos.
- A observação de que a monoaminoxidase degradava a noradrenalina e a serotonina e em decorrência tinha um efeito antidepressivo, representou um marco histórico no desenvolvimento de pesquisas para o tratamento da depressão (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009).
- Os antidepressivos tricíclicos foram descobertos após a observação em 1958, pelo professor suíço Kuhn, de que a imipramina, até então desenvolvida para o tratamento de psicoses, melhorava o humor sem aliviar os sintomas psicóticos.

Alguns psicofármacos são usados com cuidados específicos. É o caso da imipramina e outros tricíclicos desenvolvidos posteriormente, tais como a amitriptilina, a nortriptilina e a clomipramina que são utilizados até os dias atuais e possuem boa eficácia no tratamento da depressão, ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo – TOC -(SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009). No entanto, seu efeito cardiotóxico acaba por limitar o uso desses fármacos, principalmente em pacientes hipertensos (CORDIOLI, 2015).

Na década de 1970, a indústria farmacêutica investiu em pesquisas para desenvolver uma droga que tivesse a mesma eficácia dos antidepressivos tricíclicos com menos efeitos adversos. Assim surgiram os inibidores da recaptção da serotonina, cujo precursor foi a fluoxetina (PROZAC), medicação liberada para o mercado norte-americano em 1988 (BRASIL, 2004).

Ao observar seu sucesso decorrente de sua boa tolerabilidade e eficácia, outras companhias farmacêuticas passaram a pesquisar diversos agentes que elevassem seletivamente a serotonina e mais fármacos foram sendo gradativamente liberados, surgindo então novas classes de antidepressivos que foram introduzidas posteriormente, e que, tinham como mecanismo a inibição seletiva de recaptção de serotonina e noradrenalina (venlafaxina), bem como a inibição da liberação da noradrenalina, no caso da mirtazapina. Essa classe de medicamento é uma opção quando os inibidores de recaptção de serotonina não tem resposta efetiva, ou não são bem tolerados pelos pacientes (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009).

Um episódio depressivo deve ter duração de, no mínimo, duas semanas, em que os sintomas devem ocorrer na maior parte do tempo. Neste sentido, o uso de antidepressivos tem indicações muito bem estabelecidas e baseiam-se no diagnóstico adequado de um quadro depressivo ou ansioso. Os antidepressivos mais utilizados na prática clínica são os inibidores de recaptção de serotonina e o mais prescrito, por estar disponível na rede pública de saúde, é a fluoxetina. Apesar da fluoxetina ser um bom antidepressivo, tem interação medicamentosa importante com outras drogas prescritas na prática clínica, tais como anti-hipertensivos e hipo-glicemiantes, podendo causar epigastralgia, náuseas inquietude e diminuição do apetite (CORDIOLI, 2015). Por outro lado, há quem opte pela fluoxetina para tratamento da obesidade, haja vista o seu efeito colateral de diminuição do apetite. Todavia, sem as mudanças comportamentais, como atividade física e reeducação alimentar, este efeito colateral acaba sendo temporário e há novo ganho de peso, gerando com isto, frustrações (BRASIL, 2004).

Lembre-se: medicar um quadro de tristeza reacional a um momento de luto ou a algum problema pessoal ou financeiro, além de não ajudar, pode causar efeitos colaterais no indivíduo, havendo risco de desencadear danos físicos, caso já exista algum outro problema clínico (CORDIOLI, 2015).

Nos casos situacionais em que não há um diagnóstico de transtorno depressivo ou ansioso, o acompanhamento psicológico associado a terapias complementares, tais como acupuntura (SILVA, 2010), prática de atividade física (COSTA, SOARES e TEIXEIRA, 2007), yoga (VORKAPIC e RANGE, 2011) e auriculoterapia (KUREBAYASHI, 2017) são excelentes opções e costumam ter resultados significativos.

7.3.3 Estabilizadores de humor

O grande marco no tratamento eficaz nos quadros de transtorno afetivo bipolar ocorreu em 1954, quando o pesquisador Mogens Schou e colegas publicaram os resultados de um estudo utilizando carbonato de lítio no tratamento de mania (GAZALLE e KAPCZINSKI, 2006).

Em relação aos estabilizadores de humor, durante muitos anos apenas o carbonato de lítio foi utilizado. Recentemente, outros fármacos passaram a ser utilizados como estabilizadores de humor, tais como anticonvulsivantes e antipsicóticos típicos (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009). No entanto, o lítio continua a ser a primeira escolha. O paciente com

transtorno afetivo bipolar pode utilizar-se de terapias complementares, as mesmas indicadas nos casos de quadros depressivos e ansiosos, pois nem sempre haverá necessidade de um estabilizador de humor, por se tratar de uma doença crônica na qual a ocorrência de crises agrava a evolução da doença. Assim, o objetivo dos estabilizadores é diminuir as chances de novos episódios de mania ou depressão (CORDIOLI, 2015).

7.3.4 Ansiolíticos e hipnóticos

Os medicamentos benzodiazepínicos são os psicotrópicos mais comumente utilizados e surgiram na década de 1960, modificando de forma considerável a abordagem clínica nas crises de ansiedade. O clordiazepóxido e o diazepam foram os primeiros a serem desenvolvidos (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009). Em seguida outros foram criados, tais como o alprazolam, o clonazepam e o lorazepam. Embora todos eles apresentem propriedades ansiolíticas, sedativas, hipnóticas, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular, o seu uso não é isento de riscos devido aos efeitos colaterais e potencial de abuso, tolerância e dependência (DHIEL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011). A maioria das prescrições de benzodiazepínicos é emitida por clínicos gerais, médicos de família e obstetras em decorrência de queixas somáticas.

No Brasil, segundo dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, o índice de indivíduos que consumiram benzodiazepínicos alguma vez na vida é de 5.6% dentre os 7.939 entrevistados de 107 das maiores cidades do País.

Os benzodiazepínicos são indicados para crises agudas de ansiedade, mas são prescritos equivocadamente para tratamento de insônia devido um dos efeitos colaterais ser a sonolência. A médio e a longo prazo, esse tipo de medicação, além de causar abuso e dependência, pode alterar a estrutura do sono através do aumento da latência para o sono REM (“sono profundo”) e aumentar as chances de desenvolver uma síndrome demencial (DHIEL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011).

Alguns transtornos psiquiátricos também têm como sintoma a insônia, mas o tratamento deve ser focado no controle do transtorno de base. A insônia é um sintoma que gera prejuízo na funcionalidade diurna dos indivíduos, isso faz com que, frequentemente, os pacientes busquem auxílio médico (DHIEL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011). Todavia, é um problema comum e pode ser definida como a dificuldade em repetidas ocasiões para iniciar e/ou manter o sono (insônia inicial e de manutenção), despertar precoce (insônia terminal) ou sono não restaurador. Pode ter inúmeras causas que devem ser investigadas, tais como apneia do sono, narcolepsia e Síndrome das Pernas Inquietas (SPI). Por isso, um diagnóstico correto de sua causa possibilita o seu correto tratamento (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009).

Os sedativos hipnóticos não benzodiazepínicos são drogas que provocam sonolência induzindo e mantendo o sono. Possuem menos efeitos cognitivos em relação aos benzodiazepínicos, embora existam relatos de que seu uso abusivo pode desencadear alterações comportamentais, tais como alucinações visuais, amnésia retrógrada e problemas de coordenação motora. No Brasil, o único disponível é o Zolpidem (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009).

É aconselhável que se evite o uso de hipnóticos antes de tentar terapias não medicamentosas tais como psicoterapia, atividade física, relaxamento, yoga, acupuntura e hipnoterapia. Além

dessas alternativas, é fundamental que se realize uma boa higiene do sono, a qual consiste em utilizar a cama do quarto somente para dormir ou para atividade sexual, evitar barulho durante o período do sono, luz e temperatura excessiva, evitar estímulos durante as 4-6 horas que antecedem o sono, tais como uso do celular e TV, cafeína, cigarro dentre outros (STOREBO, 2015).

7.3.5 Estimulantes

O conceito de estimulantes surgiu há muito tempo com a cafeína e, posteriormente, na década de 1930, um estimulante denominado efedrina, foi extraído remédio herbáceo chinês. A efedrina é um estimulante que causa euforia, ativação simpática e aumento do estado de alerta (SCHATZBERG, COLE e BATTISTA, 2009). A partir da efedrina, foi sintetizada uma outra substância: a anfetamina. A partir de então, surgiram alguns de seus derivados que se mostraram eficazes em focar a atenção em crianças com déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e diminuir a sonolência em casos de narcolepsia. Além disso, por diminuir o apetite, também passaram a ser utilizadas no tratamento da obesidade. No entanto, ao longo dos anos foi observado o potencial de abuso e dependência que este tipo de psicofármaco pode causar.

Em casos específicos, quando há critérios diagnósticos definidos para TDAH, uma criança pode ter benefício com uso do metilfenidato (Ritalina) ou medicamentos semelhantes desenvolvidos atualmente. Isto possibilita a melhora da concentração e, conseqüentemente, um melhor desempenho escolar na autoestima. Atualmente, há um excesso de prescrição deste tipo de medicação. Isso acontece porque muitos pais têm dificuldade em colocar limites nos filhos (educar) e associam sintomas de agitação e intolerância a frustrações a um problema de saúde. Crianças saudáveis são naturalmente agitadas, mas precisam aprender como lidar com limites e as regras estabelecidas pelos pais, professores e cuidadores (STOREBO, 2015).

Os derivados anfetamínicos, conhecidos por inibirem o apetite (anorexígenos), passaram a ser prescritos no tratamento para combater a obesidade. Porém, embora tenham sido proibidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, foram novamente liberados pelo Congresso Nacional. Os derivados anfetamínicos causam sérios riscos de dependência química, indução de sintomas psicóticos em pacientes predispostos e aumento da ansiedade. Neste sentido, optar por medicações para diminuir o peso antes de tentar atividade física e reeducação alimentar, submete o paciente ao risco de fracasso na manutenção da perda de peso a médio e longo prazo (DHIEL, CORDEIRO e LARANJEIRA, 2011).

O tratamento da obesidade deve ser multidisciplinar visando, além da perda de peso, melhora dos parâmetros clínicos e mudanças de hábitos associados à alimentação inadequada (KUSHNER e RYAN, 2014). Nas intervenções para a perda de peso há a necessidade de acompanhamento multiprofissional, tais como nutricionista, endocrinologista, profissional de educação física, e muitas vezes acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

O tratamento psicológico da obesidade mais indicado é a técnica cognitivo-comportamental que visa a avaliação de pensamentos negativos associados aos maus hábitos de vida e ganho de peso. Um exemplo de crença encontrada em pessoas com sobrepeso é identificada através de pensamentos do tipo “tudo-ou-nada” que preconizam comer muito ou comer nada (BECK, 2008). O tratamento psiquiátrico nos casos de obesidade é indicado quando haja

algum transtorno mental associado ou agravado pela obesidade, tais como transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivos, transtornos ansiosos entre outros (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013).

Como já mencionado anteriormente, soluções rápidas e fáceis são sempre perigosas e, por isso, devem ser evitadas. A utilização de psicofármaco deve observar critérios diagnósticos específicos, respeitando-se as reações naturais dos indivíduos diante das inúmeras adversidades da vida, bem como a personalidade de cada um.

7.3.6 Medicalização

O conceito de promoção do uso racional de medicamentos foi definido pela OMS em 1985, como sendo a situação em que “os pacientes recebam medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade” (WHO, 1986).

Os psicofármacos devem ser considerados como parte integrante do arsenal terapêutico disponível para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, e não como a única alternativa viável (BORGES, 2014). Há registros do aumento da utilização desses medicamentos nas últimas décadas, em vários países ocidentais (GUERRA *et al.*, 2013). Esse fenômeno e seu impacto na sociedade e na saúde pública tem significativa relevância sociológica, econômica e sanitária (MOURA, 2016).

A utilização inadequada de medicamentos pode causar o que se denomina iatrogenia, ou seja, complicações ou efeitos adversos resultantes do tratamento médico. Quando se trata de medicações psicotrópicas, tais danos podem ser ainda mais significativos. O uso inadequado dessa classe de medicamentos, especialmente os benzodiazepínicos, é notório. Os indivíduos abusam desses medicamentos geralmente o fazem para lidar com problemas cotidianos e reações a situações onde há agentes estressores relacionados inequivocamente a determinantes sociais (MOURA, 2016).

Entende-se por medicalização o processo por meio do qual as questões da vida social, marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, “são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo” (CFP, 2015). O fenômeno da medicalização está vinculado a populações-chave, a saber: crianças em idade escolar (TDA e TDAH), adolescentes e adultos em privação de liberdade (transtorno de oposição desafiante e transtorno de adaptação), usuários que necessitam de atenção à saúde mental e pessoas com mais de 60 anos (CFP, 2015).

A recomendação em casos de TDA e TDAH é que se considerem alternativas terapêuticas não farmacológicas, de modo que o uso de medicamentos deverá ser prescrito apenas quando, e se, estritamente necessário. Nos casos das unidades de medidas socioeducativas, observa-se diminuição de diagnósticos de transtorno de oposição e de uso de medicamentos onde se realizam atividades extramuros e o sistema socioeducativo estava integrado aos equipamentos do território. Outro estudo científico aponta para a necessidade da “desprescrição” de benzodiazepínicos em pessoas com mais de 60 anos.

Em todos os casos descritos acima poderá ocorrer diminuição significativa da prescrição de psicofármacos, desde que sejam adotadas as contrapartidas necessárias. Essa discussão traz a tona importantes questões que normalmente não são levantadas durante o atendimento em saúde (CFP, 2015):

- Existe uma cultura que relaciona o direito à saúde a obtenção de uma prescrição de medicamentos;
- O medicamento é visto como meio rápido e fácil para a resolução de problemas de diversas origens;
- Uma sociedade que funciona de uma forma mais prática, pode induzir a sensação nas pessoas de que precisam se automedicar ou procurar um atendimento médico e/ou terapêutico para estarem produtivas, objetivando maior rendimento no trabalho.

Nesse sentido, entender a abordagem e a atenção em Saúde Mental na Atenção Básica para além do controle sintomatológico e incluir estratégias de ampliação da clínica do sofrimento e do bem-estar do usuário de psicotrópicos torna-se fundamental para o sucesso terapêutico (BORGES, 2014).

Diante do exposto, ao profissional de saúde é necessária a percepção de que as pessoas são essencialmente únicas, com seus sonhos, corpos, histórias de vida, cultura familiar, escolaridade, capacidades e necessidades de socialização e formas de ver o mundo diferentes. Essas diferenças precisam ser respeitadas de modo que possamos compreendê-las, ao invés de tentar “normalizá-las”. Nessa perspectiva, se fazem necessárias as ações integrais e interdisciplinares no cuidado, além do fortalecimento das práticas integrativas e complementares em saúde aliadas ao uso racional de medicamentos.

Referências

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. 2.ed. São Paulo: IBRASA, 1980.

ALVES, M. H. H. A aplicação da biblioterapia no processo de reintegração social. **Revista brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, São Paulo, v. 15, n. 1/2, p. 54-61, jan./jun., 1982.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Depression. **Ann Intern Med.** v. 165, n. 7, p. 49-64, 2016.

ASHER, G. N. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **J Altern Complement Med.** v. 16, n. 10, p. 1097-108, 2010.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Os transtornos depressivos no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5.ed. 2013.

BARCELLOS, L. R. **Musicoterapia - alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BARROS, N. F.; *et al.* Yoga e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1305-1314, 2014.

BATISTAFILHO, I.; JESUS, L. L.; ARAÚJO, L. G. S. **Atividade física e seus benefícios à saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_31_1412869196.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

BECK, J. **Pense magro: treine seu cérebro a pensar como uma pessoa magra**. A dieta definitiva de Beck Judith Beck. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BEZERRA, V. S. R.; SILVA, L. C. A.; RUFINO, E. A. **O que a medicina indiana tem a nos ensinar sobre a saúde: um estudo sobre o Aayurveda**. Disponível em: <https://tcconline.utp.br/media/tcc/2017/05/AYURVEDA-MASSAGE.pdf>>. Acesso: 18 fev. 2019.

BITTENCOURT, M. Z. **A meditação como prática integrativa na atenção básica em Saúde do SUS e suas (des)conexões com a educação física**. 2017 Disponível em: <www.lume.ufrgs.br/handle/10183/174761>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BORGES, L. R. **Sobre Autonomias dirigidas e vestígios do passado: repercussões da gestão autônoma de medicamentos psicotrópicos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313045/1/Borges_LuanaRibeiro_M.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BRASIL, **Cadernos de Atenção Básica Nº 34**. Saúde Mental, Distrito federal, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 Inclui Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 28 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudeamental.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS**. 12 mar. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/noticias/ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC- SUS**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Farmacopeia Homeopática Brasileira. 3ª edição. Brasília, 2011a.

BRIGITTE C. R. **Empezae a Constelar**. 4.ed. Madri, España: Gaia Ediciones, 2010.

BROWN, D. **Arte Terapia: fundamentos**. São Paulo: Vitória Régia, 2000.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CALDIN, C. F. **A poética da voz e da letra na literatura infantil: leitura de alguns projetos de contar e ler para crianças**. 2001. 261 f. Dissertação (Mestrado em Literatura) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CAMPAYO, J. G.; DEMARZO, M. Manual Práctico. **Mindfulness** - Curiosidad y aceptación. España: Editorial Siglantana, 2015.

CARÍCIO, M. R. **Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. João Pessoa, 2010.

CASPERSEN C. J., POWELL K. F., CHRISTENSON G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep.** v. 100, n. 2, p. 126-31, 1985.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. **Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia**. 2007. Tese (Doutorado) - Programa EICOS de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CHEN, P. Y.; LIU, Y. M.; CHEI, M. L. The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 14, n. 3, p. 223–236, 2017.

CHEVALIER, J.; G. A. **Dicionário de símbolos**. 12.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

CHUEH, K.H.; CHANG, C.C.; YEH, M.L. Effects of Auricular Acupressure on Sleep Quality, Anxiety, and Depressed Mood in RN-BSN Students With Sleep Disturbance. **J Nurs Res.** v. 26, n. 1, p. 10-17, 2018.

CONSCIÊNCIA NET. **Adalberto Barreto: Terapia Comunitária Integrativa**. 13 abr. 2013. Disponível em: <<https://revistaconsciencia.com/adalberto-barreto-terapia-comunitaria-integrativa/>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Fórum de medicalização da educação e saúde**. Recomendações a práticas não medicalizantes para profissionais de serviços de educação e saúde. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos** – consulta rápida. 5.ed. Artmed, 2015.

CORTEZ, C. M.; OLIVEIRA, C. R. A prática da hipnose e a ética médica. **Bioética**, v. 11, n. 1, 2003. Disponível em: >http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bi- oetica/article/view/150/154>. Acesso em: 28 jan. 2019.

COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEIXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Rev. Dep. Psicol.**, UFF, Niterói, v. 19, n. 1, p. 273-274, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000100022>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

CRANE, R. S.; KUYKEN, W. **The Implementation of Mindfulness Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience**, 2012. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-012-0121-6>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CUNHA, R. R. S.; VOLPI, S. B. A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. **Revista Científica/FAP**, v. 3, 2008.

DEEPAK, K. K. Meditation induces physical relaxation and enhances cognition: A perplexing paradox. **Prog Brain Res.** v. 244, p. 85-99, 2019.

DEMARZO, M. M. P. (Coord); SOUZA, E. L.; SALVO, V. L. M. **Seminários Avançados em Mindfulness Aplicado à Saúde**, 2016. Disponível em: <https://www.mindfulnessbrasil.com/assets_dist/arquivos/seminarios_avancados_2016_cronograma_2o_semestre.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

DEVEZA, C. R. S. Ayurveda – a medicina clássica indiana. **Revista de Medicina**, v. 92, n. 3, p. 156-65. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79996>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

DHIEL, A.; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R. **Dependência Química** – prevenção, tratamento e políticas públicas. Ed Artmed, 2011.

DI, Y. M.; *et al.* A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. **Drug Alcohol Depend**, v. 1, n. 142, p. 14-23, 2014.

EGHBALI, M.; *et al.* The effect of auricular acupressure on nausea and vomiting caused by chemotherapy among breast cancer patients. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 24, p. 189-194, 2016.

FERREIRA, D. T. Biblioterapia: Uma prática para o desenvolvimento pessoal. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, SP, v. 4, n. 2, p. 35-47, jun, 2003.

FERREIRA, M. V. C. **Hipnose na Prática Clínica**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

FIALHO, P. B. **As possíveis correlações da musicoterapia com a política de humanização na maternidade-escola da UFRJ**. 2004. Monografia (Graduação) - Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, Rio de Janeiro. 2004.

FISCMANN, J. B. Como agem os grupos operativos? In: Zimmerman D; E. *et al.* **Como trabalhamos com grupos** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1997.

- FREIRE, R. S.; *et al.* Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 5, p. 345-349, 2014.
- FURT, G. M. **O mundo secreto dos desenhos**, 2.ed. São Paulo: Paulus, 2006.
- GALLEGOS, A. M. Meditation and Yoga for Posttraumatic Stress Disorder: A MetaAnalytic Review of Randomized Controlled Trials. **Clin Psychol Rev.** v. 58, p. 115–124, 2017.
- GASTON, T. **Manual de Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1968.
- MED, Bohumil. **Te-oria da Música**. Brasília, DF. Ed. Musimed, 1996.
- GAZALLE, F. K.; KAPCZINSKI, F. Mogens Schou e o uso do lítio em psiquiatria. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 82-83, mar., 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/g>>. Acesso em: 14 fev. 2019.
- GONG, H. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Psychosomatic Research.** v. 89, p. 1-6, 2016.
- GRAÇA, M. H. **Constelação familiares com bonecos**. 2.ed. Curitiba: Juruá, 2015.
- GU, Q.; HOU, J. C.; FANG, X. M.; Mindfulness Meditation for Primary Headache Pain: A Meta-Analysis. **Chin Med J.** v. 131, n. 7, p. 829-838, 2018.
- GUEDES, D. P; *et al.* Aptidão física relacionada à saúde de escolares: programa fitness-gram. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte.** v. 18, n. 2, 2012.
- GUERRA, C. C. M. *et al.* Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade referência para saúde mental. **Rev Enferm. UFPE**, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000045>>. Acesso em: 28 jan. 2019.
- GUIMARÃES S., GUAZZELLI, C. T. **Oficinas Terapêuticas: Formas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica**. Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Saionara-Guimar%C3%A3es.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2019.
- HAYES, S. C. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationships. In: HAYES, S.; FOLLETTE V.; LINEHAN, M. (orgs.). **Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition**. New York: Guildford, 2004, pp. 1-29.
- HILTON, L; *et al.* Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. **Ann Behav Med.** v. 51, n. 2, p. 199-213, 2017.
- HIRDES A; SCARPARO, H. O Labirinto e o Minotauro: saúde mental na atenção primária a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

- JACOBI, J. **Complexo, arquétipo, símbolo na psicologia de C.G. Jung**. São Paulo: Cultrix, 1986.
- JANSSEN, P. A.; *et al.* Auricular acupuncture for chemically dependent pregnant women: a randomized controlled trial of the NADA protocol. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 7, n. 48, p. 1-10, 2012.
- JUNG C. G. **A vida simbólica**. Petrópolis: Vozes, 1971a.
- _____. **O espírito na arte e na ciência**. Petrópolis: Vozes, 1971b.
- _____. **Psicologia e alquimia**. O.C. Vol. XII. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
- KABAT-ZINN, J. **Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life**. Sacramento: Hyperion Books, 1994.
- _____. *et al.* Four-year follow-up of a meditation-based stress reduction program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. **Clinical Journal of Pain**, v. 2, p. 159-173, 1986.
- KHOURY, B. *et al.* Effectiveness of traditional meditation retreats: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 92, p. 16-25, 2017.
- KUREBAYASHI, L. F.; *et al.* Auriculotherapy to reduce anxiety and pain in nursing professionals: a randomized clinical trial. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 25, p. 1-9, 2017.
- KUREBAYASHI, L. M. S. *et al.* Auriculoterapia para redução de ansiedade e dor em profissionais de enfermagem: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 28 jan. 2019.
- KUSHNER, R. F.; RYAN, D. H. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. **JAMA**. v. 312, p. 943–952, 2014.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. Tradução de Pedro Tammen. São Paulo: M. Fontes, 1994.
- LINEHAN, M. M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford, 1993.
- LIU, Z.; SUN, Y. Y.; ZHONG, B. L. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2018.
- LOCH-NECKEL, G.; CARMIGNAN, F.; CREPALDI, M. A. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 82-90, 2010.
- LOPES, L. C.; *et al.* **Doença de Alzheimer: Prevenção e Tratamento**. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. p. 1-20, 2011. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/ans/doenca_de_alzheimer-prevencao_e_tratamento.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2019.
- LOPES, S. S.; SULIANO; L. C. **Atlas de Auriculoterapia de A a Z**. Curitiba: Omnipax, 2016.

LOUZANETO, Mario R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 45-46, mai., 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500015>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MADAN, A.; PELLING, N. Hypnosis Knowledge, Experience, Attitudes, and Beliefs among South Australian Psychologists, Counselors, and Physiotherapists. **International Journal of Mental Health**, v. 44, n. 1-2, p. 11-32, 2015.

MARCINKO, S. Bibliotherapy: practical applications with disabled individuals. **Current studies in Librarianship**, v. 13, n. /2, p.1-5, 1989.

MARK D. M. What We Can Do with Hypnosis: A Brief Note. **American Journal of Clinical Hypnosis**, v. 51, n. 1, p. 29-36, 2008.

McGORRY, P. D.; JACKSON H. J. **The recognition and management of early psychosis: a preventive approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

MED, B. **Teoria da Música**. Brasília, DF: Ed. Musimed, 1996.

MERHY, E E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã, 1998.

MILLING, L. S.; *et al.* A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis? **American Journal of Clinical Hypnosis**, v. 61, n.3, 227-243, 2018.

MINOZZO F. Grupos de saúde mental na atenção primária. **Fractal Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4898/4739>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MORÉ, C L O, RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MOSCOSO, M. S.; LENGACHER, C. A. **Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en mindfulness**. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v21n2/a05v21n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MOURA, D. C. N.; *et al.* Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: Revisão Integrativa de Literatura. **SANARE**, Sobral. v. 15, n. 02, p. 136-144, jun./dez., 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

NEUBERN, M. S. Hipnose, Dor Crônica e Técnicas de Ancoragem: A Terapia de Dentro para Fora Psicologia. **Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 3, p. 297-304, jul-set., 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/28780>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

NEVES, M.L. **Manual prático de auriculoterapia**. Porto Alegre: Merithus, 2018

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 967-980, 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf>>. Acesso em 19 fev. 2019.

ORSINI, M. S. O uso da literatura para fins terapêuticos: Biblioterapia. **Comunicação e Artes**, São Paulo, n. 11, p. 139-149, 1982,.

OUAKNIN, Marc-Alain. **Biblioterapia**. São Paulo: Loyola, 1996.

PALSSON, O. S. Hypnosis Treatment of Gastrointestinal Disorders: A Comprehensive Review of the Empirical Evidence. **American Journal of Clinical Hypnosis**, v. 58, n. 2, p. 134-158, 2015.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. Ideología y psicología concreta. **Cadernos de Psicología Concreta**, Buenos Aires, Ano 1, n. 1, 1969.

PIMENTEL, A. F. **Convergências entre a Política Nacional de Humanização e a Musicoterapia**. 2005. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

PIMENTEL, A. F.; BARBOSA, R. M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Interface - Comunicação, Saude, Educação**, v.15, n.38, p.741-54, 2011.

POTTIE, *et al.* Deprescribing benzodiazepine receptor agonists Evidence-based clinical practice guideline. **Can Fam Physician**. v. 64, n. 5, p. 339-351, mai., 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29760253>>. Acesso em: 14 fev. 2019

PRADO, J. M. D.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. D. Experimental and placebo auriculotherapy for stressed nurses: randomized controlled trial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, p. 1-8, 2018.

RODRIGUES, A. L. S.; DUTRA, C. M. R. **Ayurveda Massage: novo paradigma na busca da saúde**, 2012.

RODRIGUES, M. R. O que é Yoga? In: RODRIGUES, M.R. (Org.). **Estudos sobre o Yoga**. São Paulo: Phorte, 2006.

ROTARU, T. S.; RUSU, A. A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 64, n. 1, p. 116-136, 2016.

RUUD, E. Caminhos da Musicoterapia. São Paulo: Summus, 1990. In: **Music Therapy: Improvisation, Communication, and culture**. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

SÁ, L. C. **Implantação da musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia: contribuindo para a humanização na saúde pública**. Projeto de Extensão do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia Goiânia: NEPAM, Escola de Música e Artes Cênicas da UFG, 2004.

SANTOS, R.; SÁ, F. M. P. Homeopatia: histórico e fundamentos. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 5, n. 1, p. 60-78, 2014.

SCHATZBERG, A. F; COLE J. O; de BATTISTA C. **Manual de Psicofarmacologia Clínica**. 6.ed. Artmed, 2009.

SHI, L. *et al.* Meditation and blood pressure: a meta-analysis of randomized clinical trials. **Journal of Hypertension**, v. 35, n. 4, p. 696–706, 2017.

SHIN, J.; PARK, H. Effects of Auricular Acupressure on Constipation in Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. **West J Nurs Res.**, v. 40, n. 1, p. 67-83, 2018.

SIEGEL, P.; BARROS, N. F. **Yoga e Saúde: o desafio da introdução de uma prática não-convençãoal no SUS**. 2010. 217f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas– Campinas, 2010.

SILVA, A. L. P. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 200-211, mar. 2010.

SILVA, P. M. C. A. **Terapia Comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta**. Tese. (Doutorado). Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. JoãoPessoa, 2016.

SILVEIRA, N. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

SIQUEIRA, C. M. **Alterações Celulares Induzidas por um novo Bioterápico do Tipo Nossódio Vivo sobre as Linhagens MDCK e J774**. 2009. 128f. (Dissertação) Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SOLER, J.; *et al.* **Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)**, 2012. Disponível em: < <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ENG/14-75-ENG-19-26-466350.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SOUZA, M.P. **Tratado de Auriculoterapia**. Brasília: LR Artes Gráfica e Editora Ltda., 2013.

STHAL, S. M. **Psicofarmacologia – bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 4.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2013.

STOREBO O. J. *et al.* Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. **Database Syst Rev.** v. 25, n. 11, nov., 2015.

TESSER, C. D; TEIXEIRA, B. C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, 2011. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/9188>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

VENDRAME, Fernanda de Souza. **A contribuição para a naturologia do estudo dos doshas e seus desequilíbrios**. 2012. 88 f. TCC (Graduação) - Curso de Naturologia, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2012.

VIEIRA, A.; *et al.* Does auriculotherapy have therapeutic effectiveness? An overview of systematic reviews. **Complement Ther Clin Pract.** v. 33, p. 61-70, 2018.

VORKAPIC, C. F.; RANGE, B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 50-54, jun., 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Expert Conference, 1985, Nairobi. Rational Use of Medicines. **Report of the Expert Conference**, Nairobi, 25-29, nov., 1985. Geneva: World Health Organization. 1986.

_____. **Traditional Medicine Strategy 2002-2005.** Geneva: WHO; 2002.

WU, C.; *et al.* Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation in treating major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. **Medicine.** v. 97, n. 52, p. 1-8, 2018.

YEH, M.L.; *et al.* Auricular acupressure for pain relief in adolescents with dysmenorrhea: a placebo-controlled study. **J Altern Complement Med.** v. 19, n. 4, p. 313-318, 2013.

ZIMMERMAN, D E; OSÓRIO, L C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SOBRE OS AUTORES

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

Psicóloga (ULBRA). Mestre em Ensino de Ciência e Saúde (UFT).

César Gustavo Moraes Ramos

Psicólogo (PUCRS). Mestre em Ciências Criminais (PUCRS). Possui experiência de apoio institucional e matricial pela Política Nacional de Humanização/MS e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Atuou em serviços de saúde mental, projetos intersetoriais de direitos humanos e políticas de álcool e outras drogas.

Dinarte Alexandre Prietto Ballester

Médico. Especialista em medicina de família e comunidade e psiquiatria. Mestre em educação (PUCRS). Mestre em clínica médica (UFRGS). Doutor em psiquiatria e psicologia médica (UNIFESP).

Domingos de Oliveira

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (UFSC). Professor da Disciplina de Saúde Mental do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Fernanda Oliveira Brito dos Reis

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

Professor Adjunto da Universidade Federal do Tocantins. Atua no Programa de Mestrado em Ensino em Ciência e Saúde da UFT. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Preceptoría no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês. Pesquisador na área de saúde, com ênfase na atenção primária e populações vulneráveis.

Javier Ignacio Vernal

Doutor em Filosofia (UFSC). Professor do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGICH/UFSC): jivernal@gmail.com

José Erson Douglas de Souza Nery Neto

Graduado em Letras (UFT/TO). Graduado em Educação Física (Centro Universitário Claretiano). Professor de Tai-Chi Chuan, Yoga e Meditação.

Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos

Mestre em Ensino de Ciência e Saúde (UFT). Especialista em Gestão de Pessoas (UFT) e em Gestão Pública em Saúde (UFT). Psicóloga (ULBRA).

Julia Ayres de Amorim

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Leandro Guimarães Garcia

Biomédico (UNIFESP). Doutor em Biologia Celular e Molecular (UNB). Professor do curso de medicina e do Mestrado em Ensino de Ciência e Saúde na UFT. Responsável pelo Núcleo de Telessaúde da UFT.

Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Graduada em psicologia (UEL). Mestre em Psicologia (UNESP). Doutora em Ciências (USP). Pós-doutora em Psicologia (UNESP).

Leonardo José da Silva

Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (MPSM/UFSC). Psicólogo na Prefeitura Municipal de Itajaí: leojose.silva@outlook.com

Lorena Dias Monteiro

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade da Faculdade de Medicina do ITPAC Palmas. Epidemiologista da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Professora do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família FIOCRUZ/UFT

Maria Sortênia Alves Guimarães

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia (UEM). Especialista em Saúde da Família (UNIFESP). Especialista em Processos Educacionais em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês/IEP. Mestre em Ciências da Saúde (UNB). Doutora em Ciência da Nutrição (UFV). Professora do Curso de Medicina (UFT) e do Mestrado PROFSAÚDE (FIOCRUZ).

Maria Zulene Saturno da Silva

Graduada em Cosmetologia e Estética (ULBRA-TO). Especialista em Docência do Ensino Superior (ITOP/TO). Capacitação em Terapia Ayurveda (EYBVA/MG). Capacitação em Aromaterapia (IMBRA/MG). Capacitação em Terapia em Saúde Quântica (Natural Center/TO). Capacitação em Mentoring (facilitadora de círculo de mulheres) (Instituto do Ser/SP).

Maísa Melara

Especialista em Terapia Comunitária Integrativa pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná com apoio do GT- Itaipu Saúde. Especialista em Saúde da Família, na modalidade residência multiprofissional, pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana.

Mônica Costa Barros

Graduação em fisioterapia pela Universidade Estadual de Goiás (2006). Especialista em Saúde Pública (Universidade Federal do Tocantins/ UFT), Epidemiologia em saúde do trabalhador (Universidade Federal da Bahia/UFBA), em Vigilância e promoção à saúde em ambiente e trabalho (Fiocruz/DF) e especialista em Gestão de Políticas Informadas por evidências (Sírio Libanês/ PROADI). Mestranda em Ciências da Saúde UFT/TO. Atualmente, servidora e assessora no Cerest Tocantins DVASt/SVPPS/SES-TO. Com experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: vigilância em saúde, saúde ambiental e saúde do trabalhador, qualidade de vida, fisioterapia, epidemiologia e educação em saúde.

Natália Pinheiro Basan

Graduada em medicina veterinária (UFU/MG). Graduada em medicina (UFT/TO). Capacitação em hipnoterapia: hipnose prática e clínica (2014); hipnose clínica (2015). Curso prático de hipnose regressiva (2018). Curso presencial de hipnose clínica (2018). Ipnosi non verbale (2019). Professional hypnotherapy formation (2019).

Neilton Araújo de Oliveira

Médico, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Políticas e Estratégias Nacionais, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Ciências/Ensino de Biociências e Saúde, Militante do SUS, pesquisador e autor de diversos projetos, estudos e artigos na área da Saúde e da Educação/Formação em Saúde. Criador de várias entidades e sindicatos de trabalhadores, dentre os quais o Sindicato do Trabalhadores da Saúde do Tocantins (Sintras-TO, 1989), criador e primeiro Presidente do Simed-TO (1989-1993), articulador da criação do CES-TO (1990-1992), fundador e primeiro Diretor do Hospital Filantrópico Padre Luso (1995-1997), Secretário Municipal de Saúde em Palmas-TO (1997-2000), Presidente do Conasems (2000-2001), Consultor do MS, PNUD e OPAS (2001-2007), Criador e Coordenador do Núcleo de Estudos de Saúde do Tocantins (NEST-UFT, 2005-2015), articulador, criador e primeiro coordenador do Curso de Medicina na UFT (2006-2007), Diretor Adjunto da Anvisa (2007-2013). Atualmente, é Professor Associado da (UFT), Assessor do Ministério da Saúde e Conselheiro Nacional de Saúde titular, integrante da Mesa Diretora do CNS, onde representa o Gestor Federal da Saúde.

Paloma Graciano de Carvalho Moura

Psicóloga efetiva na Prefeitura Municipal de Palmas e no Estado do Tocantins. Atua no Projeto de Prevenção em Saúde Mental na Pandemia Covi-19 (SEMUS-Palmas) enquanto técnica de Referência em Saúde Mental e no Projeto Psicologia Online (SESAU-TO) como psicóloga e área técnica do ASTS/Nasst. Especialista em Preceptoria no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela UFRN. Experiência de 15 anos

no SUS, atuando em diversos pontos de atenção à saúde, especialmente em serviços de saúde mental e hospitalares. Experiência como Tutora do Projeto Preceptorial da ABEM e como Preceptora na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (ULBRA/FESP).

Sonielson Luciano de Sousa

Licenciado em Filosofia pela Universidade Católica de Brasília (UCB/DF). Graduado em Comunicação Social (ULBRA/TO). Especialista em Educação, Comunicação e Novas Tecnologias, com ênfase em Docência Universitária (Unitins/UFBA). Mestre em Comunicação e Sociedade (UFT/TO). Professor universitário (ULBRA/TO) nas disciplinas de Filosofia, Antropologia, Comportamento nas Organizações, Psicologia da Comunicação, Sociedade e Contemporaneidade.

Stefhane Santana da Silva

Graduada em psicologia pela UNIVASF, especialista em Saúde Mental, conselheira municipal de Saúde em Palmas/TO. Trabalhadora do SUS, atua como Psicóloga do CAPS AD 3 e assessora de pesquisa em psicologia e políticas públicas no CREPOP (centro de referência técnica em psicologia e políticas públicas)/ CRP-23.

Tatiana Matias Lopes

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH/UFSC); Mestre em Psicologia (PPGP/UFMG). Endereço Profissional: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas: tatimlopes@yahoo.com.br

Thamara Garcia Del Mir

Psicóloga (UNIVALI/SC), Especialista em Dependência Química e Saúde Mental (FLT,SC), Formação em Psicanálise (Associação Psicanalítica de Curitiba/PR), Extensão em Teoria e Clínica da Psicanálise (Fórum do Campo Lacaniano - RJ/SC), Pós graduanda em Saúde Pública e em Epidemiologia e os Profissionais de Saúde. Psicóloga da Diretoria de Vigilância Epidemiológica/ Vigilância das Violências da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC e Coordenadora da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência de Itajaí.

Telminayara dos Santos Sousa Costa.

Especialista em Saúde da Família e Comunidade (2017) Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Cursou Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (2018) pela Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Auriculoterapeuta clínica (2017) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Psicóloga (2015) CEULP/Ulbra.

Tiago Veloso Neves

Graduado em fisioterapia. Especialista em Ambiente Organizacional, Saúde e Ergonomia. Mestre em Ciências da Saúde (UFT/TO).

Veridiana de Cassia Barreto Cesarino

Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná (FAP/PR). Licenciada em Música (EAD/UnB). Especialista em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise (PUC/PR).

Viviane Souza Paiva

Psicóloga (UFSJ/MG). Especialista em Filosofia Contemporânea (UFSJ/MG). Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (FIOCRUZ/RJ). Técnica do Núcleo de Políticas Transversais e Qualificação da APS/Diretoria de Atenção Primária/SES - TO.

